

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos I



TESIS DOCTORAL

Narrativas traumáticas en mujeres víctimas de violencia en la pareja

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Violeta Fernández Lansac

Directora

María Crespo López

Madrid, 2018

NARRATIVAS TRAUMÁTICAS EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN LA PAREJA



Violeta Fernández Lansac
Directora: María Crespo López

TESIS DOCTORAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MADRID, 2017



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



TESIS DOCTORAL POR PUBLICACIONES

**Narrativas traumáticas en mujeres víctimas
de violencia en la pareja**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Violeta Fernández Lansac

DIRIGIDA POR

Dra. María Crespo López

Madrid, 2017

“Lo indecible me será dado solamente a través del lenguaje”

Clarice Lispector

AGRADECIMIENTOS

En el largo proceso de elaboración de esta tesis han sido muchas las personas que me han acompañado, sin cuyo apoyo no concibo cómo podría haber salido adelante. Por ello, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos aquellos que de alguna manera han contribuido a que en un día como hoy pueda cerrar con estas últimas líneas una parte tan importante de mi vida.

En primer lugar, quiero dar las gracias a la directora de este proyecto, María Crespo López, por ser mi guía durante estos años y compartir conmigo su entusiasmo por la investigación y por el buen hacer. Gracias por tu confianza y tu absoluta dedicación, por estar siempre allí para resolver mis dudas y disolver mis preocupaciones, aún en los momentos más difíciles.

Igualmente, quiero agradecer su apoyo incondicional a todos los miembros de mi equipo de investigación. A la profesora María del Mar Gómez, mi mayor sostén en este proceso, siempre dispuesta a darme ánimos y a contagiarme su pasión por nuestra profesión y, en general, por la vida. A Ana Teresa Piccini, por su alegría, su energía incombustible y, sobre todo, su valiosa amistad. A Carlos Hornillos y a Mónica Bernaldo de Quirós, apoyos clave en mis inicios, y a Carmen Soberón, compañera indispensable en todas mis andaduras.

Gracias a la Federación de Mujeres Progresistas y a la Asociación Beccaría por su implicación en este proyecto, y en especial a María José Bueno y a Yolanda Pecharromán, por su paciencia, generosidad y compromiso. Gracias también a todas las demás profesionales, Miriam, Bea, Yolanda, Carmen... que han colaborado en la captación de las participantes, permitiéndonos alcanzar con éxito nuestros objetivos.

Al profesor James Pennebaker y a su equipo de investigación de la Universidad de Texas en Austin, por integrarme en sus proyectos y ofrecerme una tan cálida acogida. Gracias, Paola, por iluminarme el camino cuando me encontraba perdida.

Gracias a todos los alumnos de Psicología que han participado en distintas fases de este trabajo, con total disposición y responsabilidad. A Alba, Carmen, Elena, Marta, Roberto, Sandra, Aitana, Cristina Martínez, Cristina Martín-Albo, María, Nerea, Irene, Eva, Ana, Sara, Ainhoa, Laura y Alejandra.

A mis compañeros del camarote de los hermanos Marx, siempre dispuestos a compartir conmigo sus conocimientos y, lo que es más importante, su buen humor. En especial a Almudena, Covadonga, Regina, Pablo, Natalia, Teo, Irene, Iván y Sara, algunos de los cuales os habéis convertido en grandes amigos y en parte fundamental de mi vida. También a Elena, miembro honorífico de todos nuestros proyectos.

A todas aquellas personas que conforman mi mundo y que son parte indisoluble de mi ser. A mi padre, quien, entre cuentos y randoris, me enseñó a ser combativa y sensible a todas las cosas de este mundo. A mi madre, mi mejor amiga, rebelde con y sin causa, pero siempre audaz y brillante, generosa y confortante. A mi hermanita bonita, a Gali, Pepa, Mana, Reyes... y todos los demás miembros de mi familia, la red que amortigua mis impactos e impulsa mis más altos vuelos. A mi maravillosa familia política, de la que no me puedo sentir más afortunada. Y a Cris, Sandra, Miguelín, Amara, Anaïs, Galia... y los demás integrantes de mi familia elegida.

A mi fiel amigo Conrado, por su mirada indulgente día tras día mientras aporreaba el teclado. Por soportar largas esperas y por sacarme de paseo siempre que lo he necesitado.

Muy especialmente, quiero dar las gracias a Rafa, mi cómplice y paciente compañero. Porque en tu amor he encontrado un cobijo y mi principal fuente de energía. Gracias por cuidarme tanto y por dejarme que te cuide.

Y por supuesto, muchas gracias a todas aquellas mujeres que han permitido que me asome a sus recuerdos, a los más bellos y a los que aún duelen. Gracias por vuestra valentía y vuestra inmensa generosidad, por dar sentido a este proyecto y por todo cuanto me habéis enseñado.

Para el desarrollo de esta tesis doctoral se ha contado con la colaboración de las siguientes organizaciones no gubernamentales, implicadas en la captación de las participantes que conforman la muestra de estudio:

- Federación de Mujeres Progresistas (FMP)
- Asociación Beccaría (Asociación para la Prevención del Delito y Tratamiento de la Víctima y el Delincuente)





Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la concesión de una beca predoctoral a la autora [Programa de Formación de Personal Investigador–Becas Predoctorales Complutense, Convocatoria 2010].

Esta tesis se inscribe dentro del Proyecto de Investigación I+D+I “*Secuelas psicológicas y narrativa del suceso en mujeres víctimas de violencia en la pareja*” del Subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada, Convocatoria 2012, del Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España [proyecto PSI2012-31952].

ESTRUCTURA DE LA TESIS DOCTORAL

El presente trabajo ha sido elaborado siguiendo el formato de tesis por compendio de publicaciones. Por lo tanto, está integrado por un total de cuatro estudios o artículos científicos, independientes entre sí aunque integrados de manera coherente. Todos los estudios han sido publicados en inglés, aunque se ofrecerán también resúmenes en castellano. Se presentará además una introducción general, un apartado donde se expondrán los objetivos de los distintos estudios, y un apartado de discusión y conclusiones generales.

Los estudios que componen la tesis doctoral se corresponden con las siguientes publicaciones:

- Publicación 1:** Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review [Memoria y narrativa de acontecimientos traumáticos: una revisión de la literatura]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8 (2), 149–156. doi:10.1037/tra0000041. **[Índice JCR 2015: 1,573].**
- Publicación 2:** Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2015). Narrative length and speech rate in battered women [Longitud de la narrativa y velocidad del habla en mujeres maltratadas]. *PLoS ONE*, 10 (11):e0142651. doi:10.1371/journal.pone.0142651. **[Índice JCR 2015: 3,057].**

- Publicación 3:** Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2017). Quality of memories in women abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic narratives [Características de las memorias de mujeres maltratadas por su pareja: análisis de narrativas traumáticas y no traumáticas]. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 80–87. doi:10.1002/jts.22154. **[Índice JCR 2015: 2,624].**
- Publicación 4:** Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (in press). Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses. [Presentación del sistema de codificación y evaluación para narrativas del trauma (CASNOT): aplicación en mujeres maltratadas españolas y análisis preliminares]. *Spanish Journal of Psychology*. **[Índice JCR 2015: 0,493].**

ÍNDICE

<u>PARTE I. PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL</u>	1
1. Resumen	3
2. Abstract	7
3. Introducción general	9
3.1. Acercamiento al concepto de trauma	9
3.2. Perspectivas en el abordaje de las memorias traumáticas	10
3.2.1. El enfoque de los mecanismos especiales	11
3.2.2. El enfoque de los mecanismos básicos	13
3.3. Los estudios narrativos de las memorias traumáticas	16
3.4. Planteamiento de la tesis doctoral	20
4. Objetivos	25
4.1. Objetivo general	25
4.2. Objetivos del Estudio Teórico (Publicación 1). <i>Memory and narrative of traumatic events: A literature review</i>	25
4.2.1. Objetivo general del Estudio Teórico	25
4.2.2. Objetivos específicos del Estudio Teórico	25
4.3. Objetivos del Estudio Empírico 1 (Publicación 2). <i>Narrative length and speech rate in battered women</i>	26
4.3.1. Objetivo general del Estudio Empírico 1	26
4.3.2. Objetivos específicos del Estudio Empírico 1	26
4.4. Objetivos del Estudio Empírico 2 (Publicación 3). <i>Quality of memories in women abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic narratives</i>	27
4.4.1. Objetivo general del Estudio Empírico 2	27

4.4.2. Objetivos específicos del Estudio Empírico 2	27
4.5. Objetivos del Estudio Empírico 3 (Publicación 4). <i>Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses</i>	28
4.5.1. Objetivo general del Estudio Empírico 3	28
4.5.2. Objetivos específicos del Estudio Empírico 3	28

PARTE II. PUBLICACIONES INCLUIDAS EN LA TESIS DOCTORAL 29

PUBLICACIÓN 1. ESTUDIO TEÓRICO. Memory and narrative of traumatic events: A literature review 31

5.1. Resumen.....	33
5.2. Abstract.....	34
5.3. Introduction.....	35
5.4. Method	39
5.4.1. Search strategy	39
5.5. Results.....	39
5.5.1. Characteristics of the studies.....	39
5.6. Discussion.....	55
5.7. References.....	60

PUBLICACIÓN 2. ESTUDIO EMPÍRICO 1. Narrative length and speech rate in battered women 67

6.1. Resumen.....	69
6.2. Abstract.....	70
6.3. Introduction.....	71
6.3.1. Objectives.....	74
6.4. Methods	75
6.4.1. Participants	75

6.4.2. Procedure.....	75
6.4.3. Measures.....	76
6.4.3.1. Demographic variables and verbal intelligence	76
6.4.3.2. Psychological symptoms.....	76
6.4.3.3. Characteristics of negative/traumatic event and its memory	77
6.4.3.4. Narrative aspects measures	78
6.4.4. Data analyses	78
6.5. Results	79
6.5.1. Participants and negative/traumatic event characterization	79
6.5.2. Anxiety during disclosure	81
6.5.3. Narrative length and speech rate comparisons	81
6.5.4. Relationship between traumatic narrative aspects and features of the event and memory	84
6.5.5. Relationship between traumatic and positive narrative aspects and psychological symptoms	86
6.6. Discussion	88
6.7. Conclusions.....	92
6.8. References	94

**PUBLICACIÓN 3. ESTUDIO EMPÍRICO 2. Quality of memories in women
abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic
narratives 99**

7.1. Resumen.....	101
7.2. Abstract	102
7.3. Introduction	103
7.3.1. The special mechanisms versus basic mechanisms views	103
7.3.2. Empirical evidence supporting the two contrasting views	105

7.3.3. The present study	107
7.4. Method	108
7.4.1. Participants	108
7.4.2. Procedure	109
7.4.3. Measures	110
7.4.4. Data analysis	112
7.5. Results.....	112
7.5.1. Participant and event characterization	112
7.5.2. Group differences in narrative variables	114
7.5.3. Analysis of anxiety during disclosure and trauma centrality	116
7.5.4. Narrative predictors of posttraumatic symptom severity	117
7.6. Discussion.....	118
7.7. References.....	123

PUBLICACIÓN 4: ESTUDIO EMPÍRICO 3. Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses 129

8.1. Resumen.....	131
8.2. Abstract	132
8.3. Introduction.....	133
8.3.1. General approaches in the study of language.....	133
8.3.2. Language analyses of traumatic narratives	135
8.3.3. The present study	138
8.4. Development of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT).....	138
8.4.1. CASNOT design: Initial version.....	140
8.4.2. Final version of the CASNOT	141

8.4.2.1. Pilot study	141
8.4.2.2. CASNOT application and refinement.....	142
8.5. Reliability of the CASNOT.....	144
8.5.1. Method.....	144
8.5.1.1. Study sample	144
8.5.1.2. Procedure	144
8.5.2. Data analysis.....	146
8.5.3. Results	147
8.6. Discussion	150
8.7. References	155
Appendix. <i>Description of the CASNOT language categories and dimensions</i>	161

PARTE III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES 165

9. Recapitulación de los resultados 167

9.1. Resultados del Estudio Teórico (Publicación 1). <i>Memory and narrative of traumatic events: A literature review</i>	167
9.2. Resultados del Estudio Empírico 1 (Publicación 2). <i>Narrative length and speech rate in battered women</i>	169
9.3. Resultados del Estudio Empírico 2 (Publicación 3). <i>Quality of memories in women abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic narratives</i>	171
9.4. Resultados del Estudio Empírico 3 (Publicación 4). <i>Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses</i>	174

10. Conclusiones generales 177

11. Limitaciones y líneas futuras de investigación 187

12. Implicaciones prácticas..... 193

PARTE IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS GENERALES 195

PARTE V. ANEXOS..... 219

Anexo I. Prueba del estado de las publicaciones 223

Anexo I.I. Primera página de las publicaciones en revistas científicas223

Anexo I.II. Carta de aceptación de la publicación 4 (Estudio Empírico 3)229

Anexo II. Protocolo de evaluación 233

Anexo II.I. Protocolo de evaluación para el grupo de trauma (VP)233

Anexo II.II. Protocolo de evaluación para el grupo control (CO)255

Anexo III. Sistema de Codificación y Evaluación para Narrativas del Trauma (CASNOT) 265

Anexo III.I. Manual de aplicación del CASNOT265

Anexo III.II. Hojas de codificación287

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS PUBLICACIÓN 1

Tabla 5.1. Studies assessing traumatic narratives	41
Tabla 5.2. Fragmentation constructs, dimensions, and measures	48

TABLAS PUBLICACIÓN 2

Tabla 6.1. Sociodemographic features of participants by group	80
Tabla 6.2. Correlations between narrative length (WC) and speech rate (W/min.) for neutral, positive, and negative/traumatic narratives ($n = 100$)	82
Tabla 6.3. Comparison between groups and narrative valence for narrative length (WC) and speech rate (W/min.): mean (standard deviation) ($n = 100$)	83
Tabla 6.4. Correlations between narrative length (WC) and speech rate (W/min.) for traumatic narratives and traumatic event characteristics ($n = 50$)	85
Tabla 6.5. Stepwise multiple linear regression analysis for psychological symptoms, narrative length and speech rate ($n = 50$)	87

TABLAS PUBLICACIÓN 3

Tabla 7.1. Comparisons between groups and narrative valence for narrative variables	115
Table 7.2. Correlations between trauma narrative variables and anxiety during disclosure and trauma centrality	116
Table 7.3. Multiple linear regression analysis of posttraumatic symptoms	117

TABLAS PUBLICACIÓN 4

Tabla 8.1. Inter-rater reliability of the CASNOT language categories ($n = 100$) .	148
Table 8.2. Inter-rater reliability of the CASNOT language dimensions ($n = 100$)	150

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS INTRODUCCIÓN GENERAL

Figura 3.1. Predicciones sobre la respuesta al estrés de las memorias voluntarias e involuntarias según la teoría clínica y la teoría de memoria general	16
---	----

FIGURAS PUBLICACIÓN 2

Figura 6.1. Marginal means for trauma and control groups in narrative length (WC) across positive and traumatic/negative narratives ($n = 100$)	84
--	----

FIGURAS PUBLICACIÓN 4

Figura 8.1. Steps in developing and implementing the CASNOT	139
--	-----

PARTE I

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

1. RESUMEN

De acuerdo con los modelos cognitivos tradicionales del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (e.g., Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1993), las memorias traumáticas son “especiales” en comparación con las memorias acerca de otras experiencias autobiográficas. La alta intensidad emocional propia de los acontecimientos traumáticos puede interferir con los procesos de codificación y recuperación de la información, a través de la acción de mecanismos especiales tales como la represión o la disociación, dando lugar a recuerdos desarticulados y fragmentados del trauma. Como resultado, se espera que las personas con TEPT muestren déficits en el acceso voluntario a las memorias traumáticas y tengan dificultadas para expresarlas verbalmente, si bien se puede producir un incremento en la accesibilidad de las memorias involuntarias del trauma. No obstante, a pesar de la popularidad de este enfoque, hay cada vez más pruebas que señalan que las memorias traumáticas podrían no ser tan especiales y que vinculan el TEPT a recuerdos voluntarios altamente accesibles (e.g., Rubin, Boals y Berntsen, 2008).

Sobre esta base, el objetivo de esta tesis doctoral ha sido analizar el contenido de las memorias traumáticas voluntarias, a través de la exploración de aspectos lingüísticos de las narrativas del trauma. La tesis se compone de cuatro estudios diferentes que se corresponden con cuatro publicaciones científicas, las cuales son independientes pero se encuentran relacionadas entre sí. Ésta forma parte de un amplio proyecto de investigación dirigido a evaluar las memorias autobiográficas en violencia de género y TEPT. Las cuatro publicaciones que la integran constituyen las primeras contribuciones de dicho proyecto.

La primera publicación (i.e., Estudio Teórico) comprende una revisión de los estudios que han empleado procedimientos lingüísticos para evaluar las memorias

traumáticas y su relación con la sintomatología postraumática. Esta revisión de la literatura nos permitirá conocer el estado actual de la investigación en el área de las narrativas traumáticas y sentará las bases teóricas de las restantes publicaciones (i.e., Estudios Empíricos 1, 2 y 3).

En los Estudios Empíricos 1 y 2 se compararán las narrativas traumáticas y positivas elaboradas por 50 mujeres víctimas de violencia en la pareja (grupo de trauma), y las narrativas negativas y positivas construidas por 50 mujeres no expuestas al acontecimiento traumático (grupo control). Los dos estudios explorarán las diferencias entre grupos y narrativas de diferente valencia en un número de variables lingüísticas (diseño 2 x 2). En concreto, el Estudio Empírico 1 se centrará en el análisis de la longitud de las narrativas y la velocidad del habla. Además, establecerá las relaciones entre ambas variables y el desarrollo de síntomas psicológicos en el grupo de trauma. Por su parte, el Estudio Empírico 2 analizará el grado de inmersión y detalles de las narrativas, la presencia de referencias a una misma y de palabras relativas a procesos cognitivos, y la coherencia del relato; e identificará los aspectos narrativos que predicen la severidad de los síntomas postraumáticos.

Finalmente, una última publicación (i.e., Estudio Empírico 3) introducirá un nuevo sistema de codificación para explorar un gran número de dominios lingüísticos en narrativas autobiográficas, denominado Sistema de Codificación y Evaluación para Narrativas del Trauma (CASNOT). Este sistema ha sido especialmente diseñado para valorar diversos procesos psicológicos implicados en la elaboración y afrontamiento de las memorias traumáticas, y constituye la principal herramienta de evaluación del proyecto de investigación en el cual se inscribe esta tesis.

En conjunto, el objetivo de la presente tesis doctoral es estudiar las principales hipótesis propuestas por los modelos del TEPT acerca de la naturaleza de las memorias traumáticas. Identificar los mecanismos que subyacen a las representaciones del trauma es crucial para entender cómo los seres humanos procesamos nuestras experiencias más dolorosas, y así poder avanzar en la mejora de procedimientos de intervención que permitan aliviar el profundo sufrimiento de las víctimas.

2. ABSTRACT

According to traditional cognitive models of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) (e.g., Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Riggs, 1993), traumatic memories are “special” when they are compared with memories about other autobiographical experiences. The high emotional intensity of traumatic events can interfere with information encoding and retrieving processes, through the action of special mechanisms such as repression or dissociation, leading to disjointed and fragmented traumatic memories. As a result, PTSD patients are expected to show deficits in the voluntary access to these memories and have difficulties to put them into words, whereas the accessibility of involuntary memories could be enhanced. However, despite of the popularity of this view, there is an increasing body of evidence that supports that traumatic memories are not special, and links PTSD to high available voluntary memories (e.g., Rubin, Boals, & Berntsen, 2008).

On that basis, the aim of this doctoral thesis has been to analyze the content of voluntary traumatic memories, through the exploration of linguistic aspects of trauma narratives. This thesis is made up of four different studies that correspond to four scientific publications, which are independent but interrelated. It is part of an extensive research project focused on autobiographical memories in gender-based violence and PTSD. The four publications presented constitute the first contributions of this project.

The first publication (i.e., Theoretical Study) comprises a literature review of studies that employed linguistic procedures to assess traumatic memories and their relationship with posttraumatic symptoms. This will allow knowing the state of the art on trauma narrative research and will lay the theoretical foundations for the other three publications (i.e., Empirical Studies 1, 2, and 3).

In the Empirical Studies 1 and 2, trauma and positive narratives by 50 women who are victims of intimate partner violence (trauma group) will be compared with negative and positive narratives by 50 non-traumatized women (control group). Therefore, the two studies will explore the differences in linguistic variables between groups and narratives of distinct valence (2 x 2 design). Specifically, the Empirical Study 1 will focus on narrative length and speech rate. Also, it will establish the associations between both variables and the development of psychological symptoms in the trauma group. Meanwhile, the Empirical Study 2 will analyze narrative immersion and details, references to self, cognitive processes, and coherence; and will identify the narrative predictors of the severity of posttraumatic symptoms.

Finally, a last publication (i.e., Empirical Study 3) will introduce a new coding system to explore a great number of language domains in autobiographical narratives, called the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT). This system has been specially designed to evaluate several psychological processes involved in the trauma memory elaboration and coping processes, and it is the primary assessment tool for the project of which this thesis forms part.

All in all, the objective of the present doctoral thesis is to test the main assumptions proposed by PTSD models about the nature of traumatic memories. Clarify the mechanisms underlying trauma representations is a crucial goal to understand how human beings process their most stressful experiences, and to advance in the improvement of psychological interventions to relieve the profound suffering of victims.

3. INTRODUCCIÓN GENERAL

3.1. Acercamiento al concepto de trauma

Esta tesis doctoral se enmarca dentro de una de las líneas de investigación que más interés ha suscitado en el área de la Psicología Clínica. Desde sus inicios, psicólogos e investigadores de distintas escuelas han estudiado el trauma y sus secuelas en un intento de explorar la vulnerabilidad humana y, con ello, los límites de nuestra capacidad para afrontar las circunstancias más devastadoras. A pesar de constituir uno de los objetivos más recurrentes, abordar el trauma es, sin embargo, una tarea profundamente compleja que requiere necesariamente adentrarse en el modo en que la víctima representa y elabora lo sucedido en relación a su propia historia vital, sus expectativas y la imagen que tiene de sí misma.

Aunque el concepto de *trauma* a menudo se emplea para describir un amplio rango de experiencias que provocan malestar emocional en la persona, como sinónimo de *herida emocional* o *psíquica*, los expertos insisten en delimitar lo que entendemos por *acontecimiento traumático* a fin de poder abordar de la manera más precisa posible los factores implicados en la etiología y en el mantenimiento del conocido *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)*. Así, las clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales coinciden en definir un *acontecimiento traumático* como un suceso que atenta de alguna manera contra la integridad del individuo. En palabras del catedrático de Psicología Clínica Enrique Echeburúa “es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión” (Echeburúa, 2004, p. 29). El TEPT implica, por lo tanto, que la persona se haya visto expuesta, de forma directa

o indirecta, a un evento amenazante y que éste haya supuesto un punto de inflexión en su manera de percibir y afrontar la vida.

En la quinta y más reciente edición del DSM, DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013), se exige para el diagnóstico de TEPT que la víctima presente al menos un síntoma de *intrusión* tras la exposición al trauma (esto es, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del evento; sueños recurrentes relacionados con el suceso; reacciones disociativas; malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos asociados al evento; y/o reacciones fisiológicas intensas); además debe manifestar una evitación o intentos de evitación persistente de estímulos, recuerdos, pensamientos y/o emociones vinculadas a la experiencia traumática; alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo; y una alteración importante de la alerta y reactividad (*arousal*). Por tanto, una de las características centrales del TEPT es la aparición de recuerdos intrusivos del trauma, que la persona percibe como involuntarios, y que generan un intenso sufrimiento (Hackmann, Ehlers, Speckens y Clark, 2004; Hall y Berntsen, 2008).

3.2. Perspectivas en el abordaje de las memorias traumáticas

Dada la relevancia de los recuerdos intrusivos para el diagnóstico del TEPT, son muchos los modelos que destacan el papel protagonista de la memoria en el desarrollo del trastorno. Así, se ha sugerido que el TEPT surgiría y se mantendría fundamentalmente por cambios que ocurren en la memoria autobiográfica del individuo (Rubin, Boals y Berntsen, 2008). Rubin, Berntsen y Bohni (2008) incluso proponen un modelo basado en la memoria para explicar la sintomatología postraumática, el *modelo mnemónico* (*mnemonic model*, en inglés), partiendo de la premisa de que no es la exposición al acontecimiento traumático en sí la que origina el TEPT, sino el recuerdo que la persona elabora del mismo.

No obstante, aunque el estudio de las denominadas *memorias traumáticas* ha alimentado la mayor parte de la investigación en torno al trastorno, el modo en que se representa el trauma continúa siendo objeto de debate y se pueden distinguir dos grandes aproximaciones o enfoques en el abordaje del TEPT.

3.2.1. El enfoque de los mecanismos especiales

La aproximación más tradicional proviene del campo de la investigación clínica y cuenta con una amplia aceptación, respaldada fundamentalmente por los modelos cognitivos del TEPT. Desde esta perspectiva, a la que Rubin, Boals et al. (2008) se refieren como *el enfoque de los mecanismos especiales* (*the special mechanisms view*, en inglés), el TEPT representaría una incapacidad para integrar el recuerdo del trauma en la historia autobiográfica del individuo, de manera que mientras algunos detalles se podrían recordar con total nitidez, otras partes de la memoria permanecerían incompletas o repletas de lagunas.

Autores como Freud (1919), Janet (1925) y Horowitz (1975, 1986) ya advirtieron en su momento dificultades en los pacientes para acceder de manera consciente al recuerdo reprimido del trauma. En la misma línea, numerosos investigadores (e.g., Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1993; Foa y Rothbaum, 1998; Herman, 1992; van der Kolk, 1989; van der Kolk y Fisler, 1995) sostienen que, debido a la extrema intensidad emocional de la experiencia traumática, se activan ciertos mecanismos especiales, tales como la disociación peritraumática, y/o se producen fallos en la organización cognitiva del evento, lo que resulta en alteraciones en el procesamiento de la información. Ello puede dar lugar a una fragmentación de la memoria traumática, difícil de transmitir verbalmente, que podría emerger de manera involuntaria en forma de detalles sensoriales y emocionales reexperimentados como si estuviesen sucediendo en el presente.

Algunas víctimas podrían además presentar episodios de *amnesia traumática* o *disociativa*, siendo incapaces de acceder al recuerdo del suceso durante un periodo variable de tiempo (van der Kolk y Fisler, 1995). Siguiendo esta línea de pensamiento, las memorias traumáticas no se olvidarían pero sí podrían encontrarse aisladas, reprimidas o inaccesibles, por lo que uno de los objetivos terapéuticos más comunes que se deriva de estos modelos ha sido el de “recuperar” estas memorias o “traerlas a la consciencia” (ver Fonagy, 1999; Loftus, 1993).

Los autores que han adoptado el enfoque de los mecanismos especiales han asumido generalmente la existencia de diferentes tipos de memoria para dar cuenta de las características particulares de los recuerdos traumáticos. Así, por ejemplo, se ha sugerido que en el TEPT las memorias *explícitas* o *declarativas* (de recuperación voluntaria) del acontecimiento traumático estarían deterioradas, ya que una excesiva activación podría interferir en las funciones del hipocampo, si bien se produciría un incremento en la accesibilidad de las memorias *implícitas* o *no declarativas*, relacionadas con el funcionamiento de la amígdala (ver Schauer, Neuner y Elbert, 2011; Shobe y Kihlstrom, 1997). De manera similar, *la teoría de la representación dual* (Brewin et al., 1996) distingue dos sistemas de conocimiento o tipos de representaciones: el *verbalmente accesible* (VAM, por sus siglas en inglés), que contiene la información de la que el individuo es consciente y que puede ser en parte manipulada deliberadamente; y el *situacionalmente accesible* (SAM), con información codificada de manera analógica y de recuperación automática, estando implicado este último en la aparición de las memorias intrusivas o *flashbacks* que caracterizan el TEPT. Por su parte, Ehlers y Clark (2000) explican que a menudo el acontecimiento traumático es procesado en función de sus características sensoriales y perceptuales, y no de manera conceptual, de modo que las

personas con TEPT pueden presentar déficits a la hora de organizar el recuerdo, orientar la experiencia vivida en el espacio y el tiempo, y dotarla de significado. Además, una incapacidad para adoptar una perspectiva autorreferencial durante la codificación de la información traumática podría también estar relacionada con las dificultades que presentan estas personas para integrar el recuerdo del trauma con el resto de sus memorias autobiográficas y mantenerlo, por tanto, accesible.

En resumen, de acuerdo con el enfoque de los mecanismos especiales, una de las principales funciones de la elaboración de la memoria autobiográfica sería la de inhibir la aparición de recuerdos involuntarios (Conway y Pleydell-Pearce, 2000), por lo que algunos de los síntomas más frecuentes del TEPT (e.g., intrusiones, activación) surgirían como resultado de déficits en la organización de las memorias voluntarias del trauma (Halligan, Clark y Ehlers, 2002).

3.2.2. *El enfoque de los mecanismos básicos*

En contraste, un segundo enfoque, el de los *mecanismos básicos* (*the basic mechanisms view*, en inglés), cuenta con un apoyo más reciente, procedente fundamentalmente de los equipos de investigación dirigidos por David C. Rubin, de la Universidad Duke en Carolina del Norte, y Dorthe Berntsen, de la Universidad de Aarhus en Dinamarca, a pesar de hundir sus raíces en la psicología experimental y en las teorías de memoria general (e.g., Bradley, Greenwald, Petry y Lang, 1992; McGaugh, 2003; ver Hall y Berntsen, 2008). Según éste, la clave del TEPT reside en el impacto o centralidad que tiene el acontecimiento traumático, como acontecimiento inesperado de alta intensidad emocional, dentro de la historia personal e identidad del individuo, de ahí que también se le conozca como el *enfoque del hito o punto de referencia* (*landmark view*, en inglés) (Berntsen, Willert y Rubin, 2003). En lugar de encontrarse fragmentado o deteriorado, el

recuerdo del trauma serviría como un punto de referencia para la organización de la información autobiográfica y expectativas futuras, de manera que la memoria traumática, tanto involuntaria como voluntaria, se mantendría altamente accesible (Berntsen y Rubin, 2006, 2007). En este sentido, no sería necesario recurrir a mecanismos especiales ni a distintos sistemas de memoria, ya que las diferencias en el recuerdo se podrían explicar en términos de diferencias en la recuperación, automática o controlada, de la información almacenada en un mismo sistema de memoria (Hall y Berntsen, 2008; Rubin, Boals et al., 2008). Además, la aparición de memorias intrusivas o *flashbacks* no sería una característica exclusiva de las vivencias traumáticas, asociándose también a recuerdos de eventos positivos con alto impacto emocional (Berntsen, 2001; Berntsen y Rubin, 2008; Rubin, Boals et al., 2008). De este modo, este enfoque plantea que, con independencia de su valencia, los acontecimientos emocionalmente intensos tenderán a recuperarse frecuentemente de manera intencional, aunque también podrán venir a la mente de forma espontánea e incontrolada (Hall y Berntsen, 2008; Rubin, Dennis y Beckham, 2011).

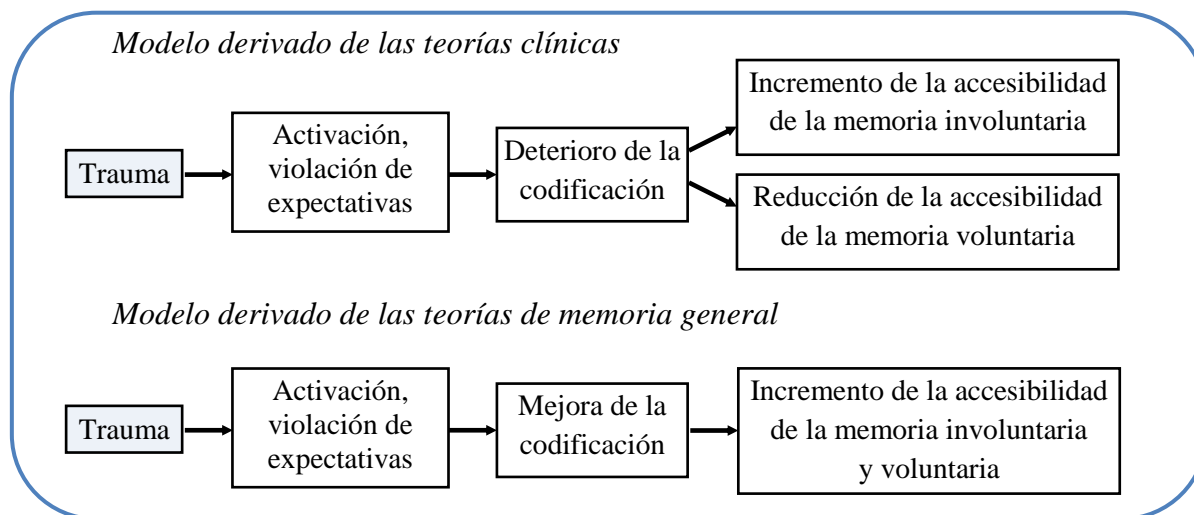
Parte de la fundamentación empírica del enfoque de los mecanismos básicos procede de la evidencia constatada de que las personas solemos recordar mejor la información que tiene implicaciones emocionales para nosotros que la información de contenido neutral (Kensinger y Schacter, 2008), y de que altos niveles de estrés pueden mejorar, en lugar de deteriorar, los mecanismos de memoria (e.g., McNally, 2003; LeDoux, 1996). A nivel neuroanatómico, se ha demostrado que una mayor activación de la amígdala durante la codificación aumenta la probabilidad de recuperar la información y conduce a recuerdos más vívidos (e.g., Cahill et al., 1996; Kensinger y Corkin, 2004; ver Kensinger y Schacter, 2008). Un ejemplo de este fenómeno lo aporta el estudio de las llamadas *memorias fotográficas* (*flashbulb memories*, en inglés), habiéndose observado

que las personas suelen evocar con extrema nitidez, aún muchos años después, los detalles de eventos que han tenido importantes repercusiones sociales y personales, tales como el asesinato del presidente Kennedy en 1963 (e.g., Brown y Kulik, 1977) o los atentados terroristas del 11 de Septiembre de 2001 (e.g., Conway, Skitka, Hemmerich y Kershaw, 2009). Siguiendo este planteamiento, algunas investigaciones (e.g., Peace, Porter y ten Brinke, 2008; Porter y Birt, 2001; Porter y Peace, 2007) concluyen que los acontecimientos traumáticos podrían recordarse igual o incluso mejor que otras experiencias vitales, refiriéndose a esta postura como la de *equivalencia o superioridad del trauma* (*trauma equivalency or trauma superiority argument*, en inglés).

En definitiva, el enfoque de los mecanismos básicos, aunque no es novedoso, se va abriendo camino cada vez con más fuerza, de modo que podría llegar a desbancar al hasta ahora tan aceptado enfoque de los mecanismos especiales. Lo cierto es que hay evidencia de que las memorias traumáticas podrían no ser “tan especiales” como las teorías del TEPT han venido presuponiendo, y existen indicios de que es más probable que se produzcan recuerdos vívidos y duraderos que recuerdos reprimidos del trauma (ver Manzanero y López, 2007; Shobe y Kihlstrom, 1997).

En la siguiente figura (Figura 3.1) se contrastan las predicciones de ambos enfoques, el de los mecanismos especiales y el de los mecanismos básicos. Nótese que el *modelo derivado de las teorías clínicas* se corresponde con el de los mecanismos especiales, y el *modelo derivado de las teorías de memoria general* con el de los mecanismos básicos.

Figura 3.1. *Predicciones sobre la respuesta al estrés de las memorias voluntarias e involuntarias según la teoría clínica y la teoría de memoria general*



Nota. Adaptado de Hall y Berntsen (2008)

3.3. Los estudios narrativos de las memorias traumáticas

A fin de analizar los dos enfoques predominantes en el abordaje del TEPT, en los últimos años están cobrando especial relevancia los *acercamientos narrativos* del trauma, los cuales parten del estudio de los relatos que las víctimas elaboran acerca de lo sucedido, como un modo de acceso a sus memorias voluntarias autobiográficas. Las personas construimos narrativas para organizar, comunicar, y dar cohesión y sentido a nuestras experiencias (Bruner, 1990; Fivush, 1995), y existe la idea generalizada de que las memorias autobiográficas tienen una estructura narrativa (ver Ruiz-Vargas, 2004a, 2004b). Por este motivo, un acercamiento de este tipo parece el más apropiado para explorar la forma en que se recuerdan los acontecimientos que han marcado la historia vital del individuo.

Construir una narrativa implica elaborar una historia orientada temporalmente que conecte el pasado con el presente y otorgue un sentido de continuidad (Filkuková, Jensen,

Hafstad, Minde y Dyb, 2016; Nelson, 1999). Más aún, es el proceso por el cual damos forma a nuestra propia identidad personal (Tuval-Mashiach, et al., 2004). El profesor de Psicoterapias Jesús García-Martínez recoge esta idea al afirmar lo siguiente:

“(...) el yo se organiza de una forma narrativa, así que pensamos en nosotros mismos de una manera historiada. Dado que estamos socialmente habituados a las historias, estas se convierten en modelos muy adecuados para el recuerdo y especialmente para el recuerdo autobiográfico: es fácil recordar historias y especialmente nuestra historia” (García-Martínez, 2012, p. 38).

Como sucede con otras historias, una buena narrativa autobiográfica será aquella que incluya pensamientos y sentimientos, establezca un orden temporal y causal, e integre las distintas experiencias de manera coherente (Römis, Leban, Habermas y Döll-Hentschker, 2014).

Sobre esta base, los estudios narrativos en el área del trauma han tenido como finalidad investigar los procesos implicados en la construcción de las memorias traumáticas y han tratado a menudo de probar la hipótesis de la fragmentación (i.e., falta de integración) de los recuerdos del trauma, arrojando resultados contradictorios (ver O’Kearney y Perrott, 2006). La premisa es que la forma en que el suceso es representado en la memoria se puede analizar a través de la exploración de aspectos estructurales y de contenido del lenguaje. A nivel de contenido, por ejemplo, se considera que el uso de determinadas palabras, tales como “comprender” o “razonar”, actúa como indicador de que se está produciendo un procesamiento cognitivo, mientras que palabras que expresan emociones (e.g., “felicidad”, “nostalgia”) revelan un procesamiento de tipo afectivo (Fivush y Baker-Ward, 2005; Pennebaker y Francis, 1996). Del mismo modo, otras características de las narrativas (a las que a veces nos referiremos como “dominios” o “variables lingüísticas”), tales como la longitud del relato, la cantidad de detalles

sensoriales referidos, el tiempo verbal empleado, el uso de expresiones autorreferenciales, o la coherencia o calidad de la estructura del relato, entre otros, parecen también poner de manifiesto aspectos importantes implicados en la elaboración del recuerdo.

En relación a las hipótesis de los modelos de las memorias traumáticas, se ha asumido generalmente que narrativas breves, poco orientadas, desarticuladas o incoherentes, con escaso contenido cognitivo pero abundantes en detalles sensoriales y emocionales, reflejarían déficits en la organización y recuperación voluntaria de la memoria del acontecimiento traumático (e.g., Amir, Stafford, Freshman y Foa, 1998; Foa, Molnar y Cashman, 1995; Jones, Harvey y Brewin, 2007; Halligan, Michael, Clark y Ehlers, 2003). Ello permitiría avalar la postura de que en el trauma se ponen en funcionamiento mecanismos especiales que provocan que su recuerdo sea cualitativamente distinto al de otros eventos relevantes para el individuo. Por el contrario, narrativas vívidas, detalladas, organizadas y coherentes del trauma servirían, desde el enfoque de los mecanismos básicos, como apoyo para demostrar que las memorias traumáticas dependen de los mismos procesos que el resto de memorias autobiográficas.

No obstante, cabe señalar que la mayoría de los estudios que han acogido el enfoque de los mecanismos básicos han empleado autoinformes, y no narrativas traumáticas, como modo principal de evaluación del recuerdo (e.g., Berntsen, Willert y Rubin, 2003; Rubin, Boals et al., 2008; Hall y Berntsen, 2008). Esto es importante, puesto que diferencias en la metodología empleada podrían ser en parte responsables de la disparidad de resultados. A este respecto, Megías, Ryan, Vaquero y Frese (2007) advierten que es posible que las personas con TEPT refieran en los autoinformes de memoria guardar un recuerdo vívido y detallado del acontecimiento traumático pero que, al mismo tiempo, tengan dificultades para expresarlo en palabras. De este razonamiento se desprende

la necesidad especial de contrastar el enfoque de los mecanismos básicos en el marco de los estudios narrativos, ya que los hallazgos a favor de éste se derivan más del rechazo de las hipótesis de los mecanismos especiales (sobre todo de la hipótesis de la fragmentación de las memorias traumáticas), que de la aceptación de sus hipótesis específicas.

En cualquier caso, independientemente de cuál sea el enfoque que se adopte, ningún autor cuestiona que el alto impacto emocional del trauma afectará a su narrativa y quedará reflejado en aspectos de contenido específicos. Además, estos aspectos de contenido, al igual que los aspectos estructurales, actuarán como importantes indicadores de la sintomatología postraumática y de la evolución del tratamiento psicológico (e.g., Filkuková, et al., 2016; Foa et al., 1995; Manne, 2002; Ng, Ahishakiye, Miller y Meyerowitz, 2015; van Minnen, Wessel, Dijkstra y Roelofs, 2002). Qué aspectos narrativos (e.g., fragmentación vs. coherencia, riqueza de detalles, contenido cognitivo), se hallan vinculados a las memorias traumáticas, y al desarrollo y mantenimiento del TEPT, es, sin embargo, una cuestión que permanece sin resolver, pudiéndose establecer diferentes predicciones en función del enfoque de partida.

A nivel metodológico, programas informáticos tales como el *Buscador Lingüístico* y *Contador de Palabras* (LIWC, por sus siglas en inglés, Pennebaker, Francis y Booth, 2001) permiten explorar el tipo de palabras que predominan en las narrativas y, por tanto, comparar en cifras porcentuales la frecuencia con la que se emplean expresiones lingüísticas relacionadas con distintos procesos psicológicos. Dada su precisión y facilidad de uso, el LIWC se ha consolidado en los últimos años como una herramienta fundamental para explorar el recuerdo del trauma en los estudios narrativos y así poner a prueba las principales hipótesis acerca de las características de las memorias traumáticas (e.g., Alvarez-Conrad, Zoellner y Foa, 2001; D'Andrea, Chiu, Casas y Deldin, 2012; Römisch,

et al., 2014). No obstante, a pesar de su popularidad, el LIWC cuenta también con importantes limitaciones que restringen el alcance de sus resultados. Como el propio desarrollador del programa señala, uno de sus problemas más importantes es que es incapaz de distinguir los diferentes significados de una misma palabra, constituyendo un sistema de análisis probabilístico (Chung y Pennebaker, 2007). Por ejemplo, en la expresión “¡Oh, dios mío!”, el LIWC identifica la palabra “dios” y la clasifica como una palabra de contenido religioso, si bien en este caso parece más probable que la persona haya empleado esta frase hecha para indicar su sorpresa. En consecuencia, un nivel más amplio y preciso de análisis exige inevitablemente que se tenga en cuenta el contexto en el que se elabora el discurso. Ello hace que los análisis de contenido basados en la evaluación de jueces externos (ver Krippendorff, 2004; Smith, 1992) constituyan una alternativa o complemento indispensable a los análisis cuantitativos proporcionados por los sistemas informáticos, ya que solo los seres humanos podemos (al menos de momento) captar los distintos matices y connotaciones del lenguaje.

3.4. Planteamiento de la tesis doctoral

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la presente tesis doctoral supone un avance en el estudio de las memorias traumáticas, permitiendo contrastar los dos enfoques predominantes en el abordaje del TEPT. Para ello, se ofrecerá en primer lugar una revisión teórica que analice el estado actual de la investigación en el área de las narrativas traumáticas y organice los principales hallazgos hasta la fecha. Una revisión similar fue efectuada por O’Kearney y Perrott en 2006, quienes concluyeron que la evidencia a favor de los modelos cognitivos tradicionales del TEPT era entonces mixta y sugirieron posibles líneas de mejora para la investigación futura. Tomando el relevo, en el Estudio Teórico (Publicación 1) de esta tesis se recogerán los artículos que se han publicado con

posterioridad a la revisión de O’Kearney y Perrott (2006), siendo el último que incluye del 2004, seleccionando únicamente aquellos que emplearon procedimientos de análisis lingüístico para explorar el contenido narrativo de las memorias traumáticas y su relación con el desarrollo de síntomas postraumáticos.

Una vez sentadas las bases teóricas de este trabajo, se expondrán los Estudios Empíricos 1 y 2 (Publicaciones 2 y 3), dirigidos a analizar las características de las memorias traumáticas a través de la exploración de importantes aspectos lingüísticos, estructurales y de contenido, de las narrativas elaboradas por las víctimas. En concreto, se estudiarán las narrativas traumáticas construidas por una muestra de mujeres víctimas de violencia en la pareja para relatar su peor episodio de malos tratos (i.e., acontecimiento traumático). Puesto que una de las finalidades principales de esta investigación es determinar si las memorias traumáticas son diferentes a las memorias de otros acontecimientos autobiográficos, en ambos estudios se empleará un diseño 2 x 2, que permita establecer comparaciones en función de: (a) la valencia de la narrativa (*positiva* vs. *traumática* o *negativa*), y (b) el grupo de participantes (*grupo de trauma* o *expuesto al trauma*, integrado por las mujeres víctimas de violencia, vs. *grupo control*, compuesto por mujeres provenientes de la población general). Se controlarán el estilo de comunicación e inteligencia verbal de las participantes. Adicionalmente, se estudiarán las relaciones entre las variables o dominios lingüísticos de las narrativas traumáticas y diferentes factores relativos al acontecimiento traumático, su recuerdo y a las estrategias de afrontamiento y comunicación del mismo (e.g., tiempo transcurrido desde el acontecimiento, centralidad, malestar o ansiedad durante el relato); y se establecerá el papel predictor de las distintas variables narrativas en el desarrollo de sintomatología psicológica. El protocolo de evaluación utilizado en estos estudios se recoge en el Anexo II.

Para lograr estos objetivos, en los Estudios Empíricos 1 y 2, se incluye el LIWC como método principal para el análisis narrativo. No obstante, las limitaciones de los programas informáticos, ya esbozadas en párrafos anteriores, han creado la necesidad de diseñar un sistema de evaluación propio, cuyo desarrollo se ha llevado a cabo en paralelo a la realización de ambos estudios, y que se recoge en el Estudio Empírico 3 (Publicación 4). Este sistema, denominado *Sistema de Codificación y Evaluación para Narrativas del Trauma* (CASNOT, por sus siglas en inglés), ha sido elaborado con el propósito de valorar un gran número de dominios lingüísticos (clasificados en categorías y dimensiones) relativos a distintos procesos psicológicos, y podría constituir una valiosa herramienta para la evaluación de las memorias autobiográficas en general, y de manera específica, para el estudio de la memorias traumáticas. En el Estudio Empírico 3 se presentará el proceso de elaboración del CASNOT y se analizarán sus propiedades psicométricas, a partir de la aplicación del mismo para el análisis de las narrativas obtenidas de las dos muestras de estudio (grupos de trauma y control). El sistema de codificación completo (manual y hojas de codificación) se presenta en el Anexo III.

Para terminar, cabe señalar que la elección de mujeres que han sufrido agresiones por su pareja como grupo de trauma ofrece la oportunidad de explorar las narrativas traumáticas en uno de los contextos de violencia más habituales, con peores efectos para las víctimas, y sobre todo de mayor duración. Las tasas de prevalencia del TEPT en esta población son muy elevadas (en torno al 60%), siendo superiores a las encontradas en otros tipos de víctimas, probablemente debido a que las agresiones se producen en un entorno de seguridad donde existe una relación de confianza (Golding, 1999; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004). Además, este tipo de experiencias traumáticas, de carácter repetido, han sido englobadas dentro de la categoría de trauma Tipo II (frente a la de Tipo I

que recoge la vivencia de un único evento traumático), y se han vinculado a respuestas emocionales especialmente intensas (Terr, 1991, 1994). La cronicidad de los malos tratos puede llevar a que a cualquier episodio de violencia recordado se añadan elementos de otras experiencias similares, entretejiéndose una narrativa compleja que domine la historia autobiográfica de la víctima y determine de forma dramática el modo en que se entiende a sí misma. El objetivo final de este trabajo es, en definitiva, contribuir a la comprensión de cómo las víctimas de violencia de género, como víctimas de acontecimientos altamente traumáticos, elaboran y transmiten lo que les ha sucedido en un intento de comprender lo inabarcable y de contar lo inenarrable.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

La presente tesis doctoral tiene como objetivo general analizar el contenido de las memorias traumáticas en víctimas de violencia en la pareja, a través de la exploración de las narrativas que las mujeres elaboran para relatar su peor experiencia de malos tratos. Cada estudio, correspondiente con una publicación, aborda una serie de objetivos que se articulan en aras de lograr el objetivo final. A continuación se enumeran los objetivos generales y específicos de los distintos estudios, ya adelantados en el apartado anterior.

4.2. Objetivos del Estudio Teórico (Publicación 1). *Memory and narrative of traumatic events: A literature review*

4.2.1. Objetivo general del Estudio Teórico

El objetivo general de este estudio es analizar el estado actual de la investigación narrativa en el área de las memorias traumáticas y el TEPT.

4.2.2. Objetivos específicos del Estudio Teórico

1. Actualizar la revisión bibliográfica publicada por O’Kearney y Perrott (2006).
2. Identificar si las limitaciones señaladas en la revisión de 2006 han sido superadas en estudios posteriores.
3. Analizar la evidencia a favor de las hipótesis propuestas por los modelos cognitivos tradicionales del TEPT, según los hallazgos en:
 - a. Desorganización o fragmentación narrativa
 - b. Longitud
 - c. Aspectos emocionales y sensorio/perceptuales
 - d. Contexto temporal
 - e. Referencias a uno/a mismo/a

4.3. Objetivos del Estudio Empírico 1 (Publicación 2). *Narrative length and speech rate in battered women*

4.3.1. Objetivo general del Estudio Empírico 1

El objetivo general de este estudio es analizar la longitud (i.e., número de palabras) y la velocidad del habla (i.e., número de palabras por minuto) de las narrativas traumáticas elaboradas por mujeres víctimas de violencia en la pareja acerca de su peor episodio de malos tratos.

4.3.2. Objetivos específicos del Estudio Empírico 1

1. Estudiar la longitud y la velocidad del habla de las narrativas traumáticas en comparación con narrativas no traumáticas (negativas y positivas).
2. Explorar la relación entre la longitud y la velocidad del habla de las narrativas traumáticas y diversos aspectos relativos a las características del acontecimiento traumático, su recuerdo y las estrategias de afrontamiento empleadas (e.g., tiempo transcurrido desde el acontecimiento, centralidad, evitación y elaboración del recuerdo, malestar o ansiedad durante el relato).
3. Analizar las relaciones entre la longitud y la velocidad del habla de las narrativas traumáticas y la sintomatología psicopatológica (i.e., presencia de TEPT, severidad de los síntomas postraumáticos, depresión y ansiedad).

4.4. Objetivos del Estudio Empírico 2 (Publicación 3). *Quality of memories in women abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic narratives*

4.4.1. Objetivo general del Estudio Empírico 2

El objetivo general de este estudio es explorar el contenido de las memorias traumáticas mediante el análisis de diversas variables o dominios lingüísticos de las narrativas elaboradas por mujeres víctimas de violencia en la pareja acerca de su peor episodio de malos tratos.

4.4.2. Objetivos específicos del Estudio Empírico 2

1. Estudiar las variables lingüísticas (i.e., contenido afectivo, detalles perceptuales, procesos cognitivos, uso del presente, pronombres en primera persona del singular, tono emocional, riqueza de detalles, orientación temporal y espacial, y coherencia) de las narrativas traumáticas en comparación con narrativas no traumáticas (negativas y positivas).
2. Explorar la relación entre las distintas variables lingüísticas de las narrativas traumáticas y el malestar (i.e., ansiedad) durante el relato, y la centralidad del acontecimiento traumático.
3. Establecer qué variables lingüísticas de las narrativas traumáticas predicen la severidad de la sintomatología postraumática, atendiendo a los distintos grupos de síntomas que conforman el TEPT.

4.5. Objetivos del Estudio Empírico 3 (Publicación 4). *Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses*

4.5.1. Objetivo general del Estudio Empírico 3

El objetivo general de este estudio es presentar un nuevo sistema de codificación basado en la evaluación por parte de jueces externos para la identificación de aspectos estructurales y de contenido de narrativas autobiográficas, especialmente dirigido al análisis de narrativas traumáticas.

4.5.2. Objetivos específicos del Estudio Empírico 3

1. Desarrollar un sistema de codificación para la valoración de distintas variables o dominios lingüísticos, estructurales y de contenido, de las narrativas autobiográficas.
2. Aplicar el sistema de codificación desarrollado para la evaluación de narrativas traumáticas y no traumáticas (negativas y positivas).
3. Estudiar las propiedades psicométricas del sistema de codificación a través del análisis de la fiabilidad inter-jueces para los distintos dominios lingüísticos.

En definitiva, los objetivos de los distintos estudios se encuentran interrelacionados, de manera que, aunque independientes, cada uno de ellos se puede entender como una continuación del anterior, si bien se presentan en el mismo orden en que han sido enviados para su publicación. Además, todos se inscriben dentro de un amplio proyecto de investigación dirigido al análisis de las memorias autobiográficas en víctimas de violencia de género. Dado que los cuatro estudios son diferentes, cada uno cuenta con unas hipótesis específicas que serán desarrolladas en su capítulo o apartado correspondiente.

PARTE II

PUBLICACIONES INCLUIDAS EN LA TESIS DOCTORAL

PUBLICACIÓN 1: ESTUDIO TEÓRICO

MEMORY AND NARRATIVE OF TRAUMATIC EVENTS: A LITERATURE REVIEW

*[Memoria y narrativa de acontecimientos traumáticos:
una revisión de la literatura]*

En Crespo y Fernández-Lansac (2016). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8 (2), 149–156. doi:10.1037/tra0000041.

5. PUBLICACIÓN 1. ESTUDIO TEÓRICO. MEMORY AND NARRATIVE OF TRAUMATIC EVENTS: A LITERATURE REVIEW

5.1. Resumen

Este artículo presenta una revisión de 22 estudios publicados a partir del año 2004 que utilizan procedimientos lingüísticos para evaluar las narrativas de personas que han sufrido algún tipo de acontecimiento traumático. El objetivo es analizar las características de las memorias traumáticas y, con ello, cómo los individuos construyen e integran su recuerdo acerca de lo sucedido con otras memorias autobiográficas. Como marco teórico, se parte de los modelos cognitivos del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los hallazgos hasta la fecha revelan que las memorias traumáticas están dominadas por detalles sensorio-perceptuales y emocionales. El estudio de otros aspectos narrativos (i.e., fragmentación, longitud del relato, contexto temporal, y referencias a uno mismo) provee resultados heterogéneos. Los resultados obtenidos son discutidos en base al estado actual de la investigación del TEPT, explorando las principales hipótesis que desde las teorías cognitivas han sido propuestas para explicar el trastorno.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático (TEPT), narrativa traumática, memoria autobiográfica, medida lingüística.

5.2. Abstract

This study presents a literature review of 22 studies published since 2004 that use linguistic procedures to evaluate narratives by persons who had suffered any traumatic event. The aim is to analyze the features of traumatic memories and, thus, how individuals construct and integrate their recall of what happened with other autobiographical memories. It uses cognitive theoretical models of posttraumatic stress disorder (PTSD) and their hypotheses about trauma memories as a framework. Findings reveal that trauma narratives are dominated by sensorial/perceptual and emotional details. The study of other narrative aspects (i.e., fragmentation, length, temporal context, and references to self) provides heterogeneous results. Results are discussed in light of the current state of PTSD research, exploring the principal hypotheses that have been proposed in cognitive theories to explain clinical findings.

Keywords: posttraumatic stress disorder (PTSD), trauma narrative, autobiographical memory, linguistic measure.

5.3. Introduction

Research into posttraumatic stress disorder (PTSD) has focused on how individuals construct and integrate their recall of traumatic events with other autobiographical memories (e.g., memory about “my wedding day” or “my graduation test”). According to cognitive theories of PTSD, the emergence of psychological symptoms depends on whether the traumatic representation has been successfully assimilated and reconciled with the prior autobiographical information (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000) or with the basic assumptions or preexisting schemata about the world and oneself (Janoff-Bulman, 1992). Therefore, several authors assume that traumatic memories in PTSD remain disjointed from other autobiographical memories (Foa, Molnar, & Cashman, 1995; Kleim, Wallott, & Ehlers, 2008). Based on this approach, it has been claimed that *special mechanisms*, such as peritraumatic dissociation, are involved in trauma memories, leading to processing failures (see Rubin, Boals, & Berntsen, 2008). Foa and Riggs (1993) explain that strong anxiety during encoding might result in disorganized memories that cannot readily be recovered. From a neuroanatomical view, failures in the functioning of structures such as the hippocampus and the frontal lobe could be involved in alterations of declarative memory (Bremner, Krystal, Southwick, & Charney, 1995).

On the other hand, a sense of reliving or *flashbacks* is a common feature of memory in PTSD. Flashbacks are involuntary memories that are triggered by perceptual cues and are dominated by vivid sensorial details. Theoretical models of PTSD have attempted to explain the relationships between *voluntary* and *involuntary* memories. Brewin et al. (1996) differentiate two memory systems that operate in parallel: (a) a *verbally accessible memory* (VAM) system and (b) a *situationally accessible memory* (SAM) system. The first one comprises voluntary memories that are integrated with other autobiographical

memories, whereas the SAM system contains nonverbal information without a temporal context whose access is automatic. Thus, a premature inhibition of emotional processing can occur in PTSD, leading to enhanced encoding of SAM and reduced encoding of VAM. Ehlers and Clark (2000) conclude that processing during trauma may be predominantly *data-driven* (or *bottom up*) rather than *conceptual* (*top down*). Data-driven processing results in poor and fragmented memories dominated by sensory impressions. Due to isolation of trauma memories, an inability to establish a *self-referential perspective* (i.e., first-person perspective) and a temporal continuity (i.e., ordering events within a past context) is usual in PTSD.

Since it is not possible to recreate traumatic conditions in a laboratory, *narrative studies* are used as the main option to access the content of memories. Aiming to collect all of the narrative research conducted to date, O’Kearney and Perrott (2006) reviewed studies published from 1995 to 2004 that focused on the nature of trauma narratives in PTSD using either linguistic indices or self-rated measures. Results were classified based on whether they reported information about (a) sensory/perceptual and emotional language or conceptual/cognitive words (i.e., words indicating causal and insightful thinking); (b) narrative disorganization or fragmentation; (c) disruptive temporal context; and (d) nature of references to self. These authors found that traumatic narratives were dominated by sensorial/perceptual/emotional details. Sensorial aspects were particularly common in persons with strong dissociation and in descriptions of flashbacks. Van der Kolk and Fisler (1995) argue that traumatic memories are initially stored as sensory fragments that represent nonintegrated aspects of the event. Over time, the individual must construct a coherent narrative that explains what happened to him or her. On a related note, it is predicted that PTSD subjects will construct shorter trauma narratives because unconscious

repression could occur that prevents explicit memory associations (see van der Kolk & Fislser, 1995). Foa et al. (1995) added that treatment could produce longer narratives of the event, perhaps reflecting a decrease in the patient's anxiety together with an increased ability to engage in the trauma processing.

Nonetheless, O'Kearney and Perrott (2006) noticed that not all cognitive hypotheses had sufficient support. Although evidence suggests that traumatic narratives by PTSD patients are disorganized and organized thoughts are increased in posttreatment narratives, the limitations and contradictions in the studies prevented definitive conclusions. Similarly, some studies pointed out that trauma narratives tend to show disturbances in event time, with high levels of present tense or spontaneous shifts from past to present, but these results were not consistent. Regarding the nature of self-perspective, only Klein and Janoff-Bulman (1996) examined this issue by employing linguistic measures. They found a deficient use of first-person pronouns in narratives of child abuse survivors, which could reflect a tendency to emphasize other persons versus themselves in their own history. Unfortunately, it does not provide sufficient evidence for an impoverishment in self-referential perspective.

In addition to the paucity of studies, O'Kearney and Perrott (2006) reported that the inconclusive findings were primarily due to the lack of agreement about the operationalization and measurement of different narrative aspects, such as fragmentation. Fragmentation was often defined as a function of the number of repetitions, unfinished utterances, and speech fillers in the report, according to the model by Foa et al. (1995). However, not all of the authors valued these elements, and while some considered fragmentation and disorganization synonymous, others differentiated both concepts. O'Kearney and Perrott (2006) identified two dimensions of fragmentation, *cohesion*

(connectedness) and *coherence* (conceptual organization), and noted the need of taking this distinction into account in the future. Other suggestions that stem from this revision refer to the need to consider the particular features of the population and of the traumatic experience (e.g., severity, distance in time, chronicity), to value the relationships between narrative aspects and other types of symptomatology (e.g., depressive symptoms), and, above all, to properly integrate the results into existing models.

Following this trail, the present study aims to update O’Kearney and Perrott’s (2006) review. Essentially, the goal is to carry out a review of the empirical studies published since 2004 that analyze trauma narratives using linguistic procedures in order to explore (a) whether the principal cognitive hypotheses of PTSD have found sufficient empirical support and (b) whether the theoretical and methodological limitations identified by O’Kearney and Perrott (2006) have been overcome. For these purposes, results will be organized according to the main narrative characteristics studied to date: (a) fragmentation or disorganization, (b) length, (c) emotional and sensory/perceptual aspects, (d) temporal context, and (e) references to self. In accordance with cognitive models and O’Kearney and Perrott’s (2006) results, it is expected that recent studies will support the hypothesis that trauma memories depend on special mechanisms by revealing differences between trauma narratives and narratives of other events in PTSD versus non-PTSD patients (i.e., trauma narratives in PTSD will show high fragmentation, short length, abundance of sensory details and emotions, and alterations in the narrator’s temporal sense and sense of self). Likewise, it is expected that these studies will include some variables that have rarely been studied to date (e.g., death or dissociative words, time distance from the event, depression symptoms) and that could have an important impact on results.

5.4. Method

5.4.1. Search strategy

The search was performed in the PsycINFO, MEDLINE, and PILOTS databases, using the keywords *narrative*, *autobiographic memory*, and *autobiographical memory*, combined with *posttraumatic* and *PTSD*. The reference lists from identified articles were also manually searched. The search focused on empirical studies that assessed trauma narratives by subjects with PTSD symptoms and that employed linguistic procedures; works that made use of cue words to retrieve memories were excluded to avoid directed narrative analyses. In addition, unlike O’Kearney and Perrott (2006), studies that valued narrative therapies (or written disclosure as psychological intervention) were also excluded. To select the contributions after O’Kearney and Perrott’s (2006) review, only articles published after 2004 were considered.

5.5. Results

5.5.1. Characteristics of the studies

Table 5.1 summarizes chronologically the 22 studies selected. As shown, most studies employed a cross-sectional design, and seven collected follow-up data. Typically, the studies compared two groups: PTSD and non-PTSD (or trauma vs. control); one study included a panic disorder (PD) group; one study included two groups classified by trauma nature (perpetrated vs. accidental); and two performed intercultural comparisons. Internarrative analyses were also conducted by comparing narratives about trauma with narratives about other life events. The sample size ranged from 5 to 177 subjects, with a total sample of 1,556. Their ages fluctuated, with a greater representation of ages around 20–30 years. Participants were mostly women, probably because they are commonly

victims of certain traumatic experiences (e.g., assaults); the proportion of men was only higher in studies focused on combat situations and prisoners. A broad range of traumatic events were included: terrorist attacks (3), interpersonal violence or abuse (2), perpetration of violent crimes (1), traffic accidents (1), military training accidents (1), potentially traumatic experiences in nursing or midwifery (1), admission to the intensive care unit (ICU) (1), and experiences of childbirth for first-time mothers (1). Eleven studies involved individuals exposed to different traumatic experiences.

To collect the narratives, the most frequent procedure was recording and transcription (following Foa et al., 1995, participants were instructed to tell the story as vividly as possible, including details, thoughts, and feelings), although in eight studies, narratives were requested in writing. One study (Tuval-Mashiach et al., 2004) used a semistructured questionnaire with open-ended questions. Self-report inventories were employed to assess PTSD symptoms and sometimes to assess individual beliefs about trauma memory. Nine studies applied the Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) by Pennebaker and Francis (1999) to measure the report length and the percentage of words in the text belonging to distinct semantic categories. O’Kearney, Hunt, and Wallace (2011) included the program Latent Semantic Analysis (LSA) to assess organization. It records the semantic similarities between two texts (in this case, the narrative of the traumatic event and of a related event).

Table 5.1. *Studies assessing traumatic narratives*

	Participants Mean age (<i>SD</i>)	Time Since Trauma Mean (<i>SD</i>)	Design	Main narrative variable: Measures
Römisch et al. (2014)	14 traumatized and 14 non-traumatized women -Age: 32 (2.64) (trauma group); 31.36 (2.82) (control)	≤15 years (but after age 16)	Intergroup (trauma, control) Internarrative (most distressing, angering, happiest)	Content and fragmentation: LIWC; RCS
Dekel & Bonanno (2013)	49 survivors of 9/11 (20 male) 39 at T2 -Age: 39 (11)	T1: 7 months T2: 18 months	Intergroup (chronic, resilient-recovered)	Changes in content: LIWC; RCS; Trauma Memory Questionnaire
Greenhoot et al. (2013)	55 undergraduates abuse-exposed and 122 controls (83 male in total) -Age: 19.5 (1.89)	4.92 years (3.13)	Intergroup (abuse, control) Internarrative (3 most stressful/traumatic)	Content and coherence: AMQ; LIWC; RCS
D'Andrea et al. (2012)	40 undergraduates after 9/11 28 at T2 (11 male) -Age: 18-20	T1: 1 week T2: 5-6 months	Intragroup	Length and content: LIWC
Briddon et al. (2011)	122 first-time mothers 68 at T2 -Age: 28 (6)	T1: ≤ 3 days T2: 6 weeks	Intragroup	Disorganization: RCS; TMQ
Jobson (2011)	54 trauma-exposed from individualistic cultures (12 male) and 47 from collectivistic (20 male); 48 with PTSD -Age: around 30-40	Not stated	Intergroup (PTSD, non-PTSD; individualistic, collectivistic culture) Internarrative (traumatic, everyday)	Autonomous orientation: RCS
O'Kearney et al. (2011)	47 trauma-exposed (9 male) -Age: 22.83 (8.19)	54.24 months (45.81)	Internarrative (traumatic, unpleasant) for event-cueing	Integration and organization: LSA; RCS; TMQ

	Participants Mean age (<i>SD</i>)	Time Since Trauma Mean (<i>SD</i>)	Design	Main narrative variable: Measures
Rubin (2011)	15 undergraduates with PTSD; 15 without PTSD -Age: 18-22	≥1 month	Intergroup (PTSD, non-PTSD, controls) Internarrative (traumatic, most important, happiest)	Content and coherence: AMQ; LIWC; NACCS; RCS
Bennett & Wells (2010)	95 students nurses or midwives potentially traumatic experiences (13 male) -Age: 27.95 (8.14)	9.67 months (9.67)	Intragroup	Organization: RCS
Freer et al. (2010)	28 survivors interpersonal violence -Age: 31.9	Childhood/adulthood events	Intragroup	Coherence: RCS
Jelinek et al. (2010)	79 from Jelinek et al. (2009)	From Jelinek et al. (2009)	Intergroup (PTSD, non-PTSD) Internarrative (worst moment, remaining)	Content and organization: LIWC; RCS
Lindblom & Gray (2010)	45 undergraduates victims of perpetrated traumas (8 male) and 44 of accidental traumas (19 male)	Not stated	Intergroup (perpetrated trauma, accidental trauma) Internarrative (traumatic, unpleasant)	Content (narrative details): RCS
Hagenaars et al. (2009)	21 PTSD (2 male) and 25 females panic disorder -Age: 35.5 (12) (PTSD)	8.05 years (6.67) (PTSD)	Intergroup (PTSD, Panic)	Organization and reliving: Memory Characteristics-Rating Scale (ad hoc)
Jelinek et al. (2009)	26 trauma-exposed with PTSD (9 male), 55 without PTSD (29 male), and 30 controls (11 male) -Age: 40.73 (12.9) (PTSD)	20.93 months (26.44) (PTSD); 23.12 months (18.93) (non-PTSD)	Intergroup (PTSD, non-PTSD, controls) Internarrative (traumatic, unpleasant; nonautobiographical)	Organization: RCS; TMQ
Beaudreau (2007)	104 community (45 male); 5 PTSD -Age: 59.15 (22.81)	21.2 years (20.6)	Internarrative (traumatic, neutral, positive)	Length and content: LIWC

	Participants Mean age (<i>SD</i>)	Time Since Trauma Mean (<i>SD</i>)	Design	Main narrative variable: Measures
Buck et al. (2007)	29 patients Intensive Care Unit (9 male) -Age: 50.8 (14.9)	T1: ≤ 2 weeks T2: 4 months	Intragroup	Data/conceptually driven processing: RCS
Evans et al. (2007)	105 male perpetrators of violent crime; 48 with intrusions; 6 PTSD -Age: 19.9 (0.91) (intrusion)	24.4 months (9.8) (intrusion); 21.2 (12.1) (non-intrusion)	Intergroup (intrusion group, non-intrusion)	Organization: RCS
Jones et al. (2007)	131 traffic accidents survivors (52 male) -Age: 36.75 (12.77)	T1: ≤ 1 week T2: 6 weeks T3: 3 months	Intragroup	Content and organization: RCS; LIWC
Jobson & O’Kearney (2006)	26 Australian students (10 male) and 24 Asians (8 male) -Age: 22.46 (6.4) (Australian) and 20.58 (1.53) (Asian)	5.81 years (4.23) (Australian) 6.46 (5.12) (Asian)	Intergroup (Asian, Australian) Internarrative (traumatic, everyday; self-defining memories)	Theme, orientation, ratio, interaction scenario, reflective comments and specificity: RCS
Eid et al. (2005)	120 army training accidents -Age: 21.6 (1.67) (navy) and 29.8 (5.52) (officers)	T1: 2-3 weeks T2: 4 months	Internarrative (accident, homecoming, going back to work)	Emotional processing: RCS based on LIWC
Sutherland & Bryant (2005)	17 PTSD (6 male), 16 without PTSD (5 male) and 16 controls (4 male) -Age: 26.9 (8.2) (PTSD group)	Childhood/adulthood events	Intergroup (PTSD, non-PTSD, controls)	Valence, time period and trauma relatedness of self-defining memories; personal goals: RCS
Tuval-Mashiach et al. (2004)	5 male terrorist attacks. 1 PTSD -Age: 17-23	T1: 1 week T2: 1 month T3: 4 months	Intragroup	Coherence, meaning and self-evaluation: Narrative questionnaire (ad hoc)

Note: AMQ= Autobiographical Memory Questionnaire; CSA= childhood sexual abuse; LSA= Latent Semantic Analysis; LIWC= Linguistic Inquiry and Word Count; NACCS= Narrative Coherence Coding Schema; RCS= rater’s coding system; TMQ= Trauma Memory Questionnaire

Narrative disorganization/fragmentation. Jones, Harvey, and Brewin (2007) asked 131 traffic accident survivors (some with traumatic brain injury [TBI]) who suffered from acute stress disorder or PTSD to talk about the day of their accident following Foa et al.'s (1995) instructions. Four disorganization constructs were assessed based on the coding system by Foa et al. (1995) and the later adaptation by Halligan, Michael, Clark, and Ehlers (2003): (a) *repetitions*, (b) *nonconsecutive chunks*, (c) expressions of *confusion* (uncertainty with regards to memory), and (d) *global coherence* (also called *global organization*) of the report (on a 10-point scale ranging from 0 [*extremely coherent*] to 10 [*extremely incoherent*]). Regression analyses showed that repetitions, nonconsecutive chunks, and coherence at 1 week predicted PTSD severity 3 months after the event. Additional analyses indicated that nonconsecutive chunks and repetitions had the greatest impact on results, explaining 11% and 4% of the variance, respectively. More confusion was observed in participants with TBI.

Buck, Kindt, van den Hout, Steens, and Linders (2007) also separately evaluated disorganization at utterance level and global coherence in 29 persons who had been admitted to the ICU. More organized thoughts were related to fewer PTSD symptoms ($r = -.44$) at 4 months posttrauma. In contrast, incoherence did not predict PTSD, although it did predict the development of depressive symptoms ($r = .33$). Using the same measures, Evans, Ehlers, Mezey, and Clark (2007) assessed disorganization in 105 prisoners who had perpetrated violent crimes. Forty-six percent of them reported distressing intrusive memories. Participants with intrusions showed greater disorganization of the assault narratives than the nonintrusion group, as indexed by utterance level scores and the global coherence rating ($p = .001$). Jelinek, Randjbar, Seifert, Kellner, and Moritz (2009) found, for the global coherence rating, that trauma memories were more disorganized in 26

persons with PTSD than in 55 without PTSD ($p = .02$). The effect of variables such as verbal intelligence was controlled. At utterance level, trauma narratives also tended to be more disorganized in PTSD, although results were not significant. However, there were no differences between groups in their nonautobiographical memories (free recall for three stories designed for this task). Further, the PTSD group rated their memories as more disorganized than the non-PTSD group. In a later experiment, Jelinek et al. (2010) added that unfinished thoughts increased when the PTSD group described the worst moment of trauma.

Hagenaars, van Minnen, and Hoogduin (2009) compared disorganization in trauma narratives by 21 PTSD patients with the panic-related memories from 25 PD patients. Disorganization was evaluated by the rater using an 11-point scale developed ad hoc (from 0 [*absent*] to 100 [*very much present*]). Data revealed that fragmentation was also present in the panic memories, with no significant differences between the two groups.

Contrary to the fragmentation hypothesis, Bennett and Wells (2010) found that disorganization (at utterance level) did not account for the variance in PTSD symptoms in 95 student nurses and midwives exposed to potentially traumatic experiences. Rumination processes played a more important role, mediating the relationship between beliefs about trauma memory and intrusive symptoms. In addition, Rubin (2011) did not find a relationship between three measures of narrative incoherence (*comprehension* as global coherence; the participant's own rating of coherence; and coherence as *context*, *temporal ordering*, and *theme* measures) and PTSD in 30 undergraduates. Also, there were no differences in coherence between traumatic and nontraumatic narratives. Although narratives by PTSD persons were more disorganized, the means for global disorganization measures were insignificant.

O’Kearney et al. (2011) showed an association between a low use of causal connections in memories and trauma-related avoidance ($r = .33$) in 47 trauma-exposed adults, a relationship that was not observed when considering overall PTSD symptoms. The only measure of disorganization that was correlated with the overall symptom severity was that provided by the own subject on a self-reported instrument ($r = .42$). Briddon, Slade, Isaac, and Wrench (2011) evaluated the disorganization evolution of childbirth narratives by 122 new mothers (some with PTSD symptoms). Self-reported disorganization at 6 weeks postpartum was associated with PTSD ($r = .27$) and specific responses to trauma (avoidance and intrusion) ($r = .36$) at that time point. However, there was no relation between a disorganized narrative within the first few days and self-reported disorganization and PTSD.

In a different way, Greenhoot, Sun, Bunnell, and Lindboe (2013) obtained a narrative structure factor, which included context and chronology indices that usually define narrative coherence, as well as the setting of the event. Although narrative structure was inversely related to both depression and PTSD in a sample of 177 undergraduates (with and without abuse experiences), other narrative aspects, such as references to the positive impact of the event, provided the best prediction for psychological adjustment. Finally, Römisch, Leban, Habermas, and Döll-Hentschker (2014) compared data from 14 traumatized (with a clinical diagnosis of PTSD) and nontraumatized women. Participants were asked to narrate their most distressing, most angering, and happiest event. Results showed that unfinished utterances tended to be frequent in distress narratives but that there were no significant differences between groups.

Altogether, results do not allow for definitive conclusions regarding the fragmentation hypothesis for traumatic memories; the problems identified in the 2006

review remain. Nonetheless, despite the heterogeneity of measures, new studies have underlined two fundamental fragmentation dimensions: (a) *disorganization*, encompassing specific structural elements and (b) *incoherence*, which offers a global index of the degree to which the report is weakly articulated or incomprehensible; this depends on the contextual and personal information provided. Table 5.2 comprises the most common approaches to both constructs as well as their most typical measures. As can be observed, disorganization and coherence sometimes overlap. The concept of global disorganization (also, in fact, called global incoherence) illustrates the fine line between the two constructs.

The fragmentation index used in the different studies affects outcomes. Although results tend to highlight the relationship between narrative disorganization and PTSD, the use of utterance level measures provided inconclusive evidence for the fragmentation hypothesis. Similarly, both the use of the global coherence scale and the assessment of coherence as comprehension have led to contradictory results. Self-reported disorganization has been associated with PTSD symptoms, although studies that measure it are scarce, because priority was given to linguistic procedures. On the other hand, according to O’Kearney and Perrott’s (2006) suggestions, some studies have included tracking measures that enable the analysis of the relationship between changes in narrative organization and the PTSD evolution. Likewise, the study of the association between disorganization and PD or depressive symptoms suggests that this characteristic might not be exclusive to PTSD.

Table 5.2. *Fragmentation constructs, dimensions, and measures*

Construct	Dimensions	Definition/components	Coding
(Dis)organization	Memory disorganization	Deficits in intentional recall	Self-reported
	Utterance level (by Foa et al., 1995)	Utterance units involving <i>repetitions</i> of previous units, <i>non-consecutive chunks</i> (units out of order or incongruous), <i>disorganized thoughts</i> (expressions of uncertainty or memory confusion) and <i>unfinished thoughts</i> (non complete units)	Recount by naïve judges
	Cohesion/ Connectives	Proportion of additive, comparative, temporal, and causal connectives	
Global (dis)organization = Global (in)coherence (by Halligan et al., 2003)	Rambling from one subject to another, unfinished sentences, single words instead of sentences, and incomplete or inaccurate order of events		Rating scale coded by naïve judges
(In)coherence	Degree to which narrative is articulated, is comprehensible for the listener and provides information about history. Often includes ratings for <i>context</i> , <i>temporal ordering</i> of events and <i>theme</i>		

Narrative length. In general, a tendency toward longer reports was observed when participants described traumatic events compared with other life events (Beaudreau, 2007; Jelinek et al., 2009; Lindblom & Gray, 2010; O’Kearney et al., 2011; Römisch et al., 2014). The narrative length decreases over time (D’Andrea, Chiu, Casas, & Deldin, 2012; Dekel & Bonanno, 2013).

Beaudreau (2007) noted that longer trauma narratives among 104 community-dwelling adults were associated with better adjustment (lower distress scores) ($r = -.26$). Lindblom and Gray (2010) added that avoidance symptoms predicted trauma narrative word count in 88 victims of perpetrated traumas (in which a violation of trust occurs, as sexual abuse) and accidental ones ($p = .05$). Other studies (e.g., D’Andrea et al., 2012), however, did not support these results. Comparing narrative length of single traumas to repeated ones in 28 violence victims, Freer, Whitt-Woosley, and Sprang (2010) found no significant differences. Likewise, there were no differences between narratives of traumas experienced in childhood and in adulthood.

The 2006 review did not consider narrative length; therefore, no comparisons could be made. Although available data do not allow for confirmation of the relationship between PTSD and shorter reports, studies show significant differences in length between trauma and nontrauma narratives. Thus, long trauma narratives could reflect the need for the person to elaborate on what happened, which would favor positive adjustment. Contrary to this, and according to Lindblom and Gray’s (2010) results, short narratives might indicate avoidance mechanisms associated with the development of PTSD.

Emotional and sensory/perceptual aspects. Using LIWC, Eid, Johnsen, and Saus (2005) found that negative emotional expressions by 120 soldiers exposed to training accidents explained part of the variance in posttraumatic symptoms at 2–3 weeks (6–8%)

and in distress symptoms at 4 months (11%) after trauma. Positive emotional expressions were associated with better adjustment.

Buck et al. (2007) assessed the degree to which the narrative utterance units were perceptual or conceptual representations, noting that the former predicted PTSD ($r = .46$) and depression symptoms ($r = .57$) at 4 months. Similarly, the results obtained by Jones et al. (2007) and Beaudreau (2007) indicated that a larger number of sensory/perceptual words in trauma narratives was related to PTSD. Trauma narratives contained more sensory words than positive and neutral ones, and narratives with more body states and symptom references were associated with poorer adjustment ($r = .25$) and PTSD symptoms ($r = .27$) (Beaudreau, 2007). Persons with PTSD included more dissociative content in their narratives both immediately after the event ($p < .001$) and 3 months later ($p < .01$) (Jones et al., 2007). Jelinek et al. (2010) observed fewer cognitive words in the PTSD group than in the non-PTSD group for the worst moments of trauma ($p < .05$). Freer et al. (2010) found that *emotional tone* (the degree to which the participant used emotion to make an evaluative point or to signify meaning) increased in narratives of chronic traumas ($p = .037$) and traumas that had been experienced in early stages of development ($p = .041$). Lindblom and Gray (2010) stated that victims of perpetrated traumas were more likely than victims of accidental ones to exclude details. Also, females were more prone than males to include emotional details in their narratives ($p < .01$).

D'Andrea et al. (2012) analyzed with LIWC the emotional content of narratives about September 11 attacks by 40 undergraduates. In contrast to previous studies, the authors observed that the use of few anxiety-related words was related to PTSD symptoms ($r = -.43$) and that the use of many cognitive words was related to hyperarousal symptoms 5 months after the events ($r = .43$). It is important to note that religious words were also

associated with worse adjustment. However, as the authors point out, the LIWC limitations may have influenced these results; expressions such as “Oh, my God” were considered religious, although they obviously have other connotations. Also focusing on September 11 memories, Dekel and Bonanno (2013) analyzed the narrative consistency (as changes in the content between narratives by the same person at two different time points) in 29 survivors. Results showed different patterns of evolution: using standardized questionnaires, resilient or recovered individuals tended to create more benign memories for subjective aspects of trauma (e.g., perceived danger) over time, while greater consistency (i.e., fewer changes) was observed in the chronic PTSD group. However, memories for the objective aspects did not change in the resilient-recovered group. Narratives by the chronic PTSD group included more death-related words ($p < .01$).

Römisch et al. (2014) studied the difference between perceptual and cognitive mental expressions as an indicator of what they call *immersion*, noting that narratives of traumatized women tended to be more immersive than nontraumatized ones. That is, for distress narratives, the trauma group showed lower difference scores (perceptual vs. cognitive terms) than the controls. Affect words differed by narrative valence ($p = .002$). Distress narratives contained fewer affect words than comparison narratives, and affect was correlated with lower avoidance ($r = -.39$). Greenhoot et al. (2013) found that negative emotions and sensory terms predicted more PTSD severity for participants with abuse experiences. To the contrary, positive emotions were related to less PTSD severity, and cognitive words predicted fewer psychological symptoms. Overall, lexical measures account for 31% of the variation in PTSD.

Generally, the studies support the findings described in the 2006 review on the narrative content. O’Kearney and Perrott (2006) concluded that the evidence shows an

abundance of sensorial and emotional references in trauma narratives by those suffering from PTSD. Likewise, there was a certain level of support for the hypothesis that associates the development of PTSD with narratives that reflect dissociative experiences and include death-related words. D'Andrea et al. (2012), however, observed an association between lower use of anxiety-related words and worse adjustment. The authors suggest that scarce references to symptoms do not indicate that the person does not experience them but rather their efforts to avoid them. The inverse relationship found by Römisch et al. (2014) between affect and avoidance could support this hypothesis.

The role that cognitive words plays requires greater elucidation because some studies have shown that they are associated with PTSD and others with better adjustment. According to cognitive theory predictions, these words reflect a construction and rationalization process, which would indicate an effort to elaborate what happened and to integrate it with the rest of one's autobiographical memories. Thus, although the results were inconsistent, some studies reviewed in 2006 found an association between the use of causal or insight words and better function. Jelinek et al. (2010) note that LIWC does not allow researchers to distinguish whether cognitive words refer to organized or disorganized thoughts, which could explain the heterogeneity of the results. D'Andrea et al. (2012) add that the use of cognitive words may provide evidence of ruminative processes and fruitless attempts to assimilate what happened.

Temporal context. Beaudreau (2007) found, against expectations, a greater use of the present tense in narratives with neutral content in comparison with traumatic or positive narratives ($p < .01$). However, the kind of neutral event required (participants were asked to tell a story about their driver's test) does not allow for the extraction of conclusions because it could be considered an aversive experience. Jelinek et al. (2010)

observed an increased use of the present tense when the person was relating the worst moment of the trauma, especially among the PTSD group ($p < .01$). Römisch et al. (2014) defined *dramatic speech* as the sum of frequencies of historical present tense in the past and of shifts of the reference temporal and spatial point. The amount of dramatic speech was higher among distress narratives by traumatized women and was correlated with PTSD symptoms ($r = .40$). Similarly, Greenhoot et al. (2013) found a relationship between links to the present and PTSD symptoms in abuse victims ($p < .001$).

Other authors did not analyze verbal tense, and some even required that the narratives be constructed in the present (e.g., Bennett & Wells, 2010). Nonetheless, a few new data help support the relationship between PTSD and the use of the present tense (or spontaneous changes in verb tense), which is in line with O’Kearney and Perrott’s (2006) observations.

References to self. Tuval-Mashiach et al. (2004) studied the content evolution of trauma narratives by five men exposed to terrorist attacks. Using qualitative methods, they analyzed elements of *coherence* (which refers to the ability to establish a sense of continuity), *creation of meaning*, and *self-evaluation*. These three aspects are manifestations of cognitive mechanisms directed at integrating what occurred into the individual’s personal history. More positive self-evaluations were associated with better recovery over time. However, the study implications are limited because of the sample size and the methodology employed.

In a later study with 33 trauma survivors (with and without PTSD) and 16 controls, Sutherland and Bryant (2005) noted that persons with PTSD tend to report more *self-defining memories* (memories relevant for personal identity) trauma-related ($p < .05$). They concluded that traumatic events had a decisive influence on how PTSD participants saw

themselves. Trauma-related goals predicted the retrieval of trauma-related defining memories (explaining 37% of the variance). Jobson and O’Kearney (2006) observed in 26 Australian and 24 Asian students that the relationship between the degree of orientation (*autonomous* vs. *relatedness*) in trauma narratives and the degree of the individual’s adjustment was modulated by cultural factors. Jobson (2011) indicated the same tendency in 101 trauma survivors: PTSD was associated with a less autonomous orientation (tendency to emphasize autonomy in memories) for individualistic cultures (i.e., Australia, New Zealand, Western Europe, and North America) ($p < .01$) and with a more autonomous orientation for collectivistic ones (i.e., Asia, Africa, the Middle East, and South America) ($p = .03$).

Using qualitative methods, Freer et al. (2010) found that 89% of the violence victims included in their narratives expressions that reflected the negative impact that the event had in their lives, and 43% described alterations in their sense of themselves. In turn, Lindblom and Gray (2010) noted that females were more likely to include details about other persons in their narratives, and Briddon et al. (2011) found that a lack of self-referential processing was associated with greater disorganization 6 weeks after the traumatic event ($r = .31$).

D’Andrea et al. (2012) emphasized the importance of feelings of belonging in American society after September 11. Their results showed that persons who used more “we” instances had a lower risk of PTSD ($r = -.44$). Finally, Greenhoot et al. (2013) concluded, in accordance with Tuval-Mashiach et al. (2004), that meaning indices such as subjective perspective (the degree to which the narrator describes a personal response) or references to the positive impact of an event predict reduced PTSD ($p < .001$) and depression symptoms ($p < .05$).

O’Kearney and Perrott (2006) observed that there was not enough evidence to conclude that trauma narratives by PTSD patients have an impoverished self-referential perspective. However, recent studies have made notable advances in this respect, although they have taken very different perspectives. In general, the individual’s self-defined role in the narrative has been analyzed by assessing elements that provide evidence of individual or collective involvement (i.e., personal pronouns or expressions that emphasize personal autonomy vs. social interaction). It has been shown that the relationship between these elements and PTSD is modulated by cultural factors, even by gender. Furthermore, it has been suggested that, at least in collective tragedies, narratives that express collectivity feelings may reveal a greater sense of social support, which helps to soften the stress impact on the individual’s mental health. In a different vein, one frequently encounters expressions in trauma narratives that communicate the consequences of the event for individuals’ daily lives, the image they have of themselves, and their way of understanding the world. Also, some studies show that certain events, by their nature, have a greater impact than others on the individual’s belief system. In this regard, Freer et al. (2010) note that experiences of partner abuse or mistreatment tend to be particularly affecting for the individual because they break the trust on which intimate personal relationships are built.

5.6. Discussion

Since O’Kearney and Perrott (2006) carried out their review, studies that evaluate trauma narratives have proliferated. Recent findings support some of the hypotheses revised in 2006, especially those related to the content characteristics of trauma memories and their relationship with PTSD. Thus, in alignment with cognitive theories of PTSD, evidence shows that trauma narratives are dominated by sensorial/perceptual aspects when compared with narratives of other life experiences and that sensory details are related to

posttraumatic symptoms. This finding is consistent with the idea that deficits in encoding facilitate involuntary memories, which are rich in sensory and emotional content (Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000). However, it is unclear whether flashbacks were experienced during the narrative tasks, and the way in which perceptual and autobiographical memories interact with each other needs to be explained. The updated version of the dual representation theory of PTSD proposes that during trauma, the encoding of contextualized episodic memories is weakened, whereas the encoding of perceptual memories is strengthened. Therefore, individuals are able to deliberately retrieve contextualized representations, but reminders of the trauma also lead to automatic retrieval of perceptual representations, with a sense of reliving the event (Brewin, 2014). Alternatively, from the *basic* (vs. *special*) *mechanisms view*, an increase in sensorial and emotional content is not explained on the basis of different memory systems but in terms of increased memory availability because emotional events are more central to one's life history and thus more rehearsed (Rubin et al., 2008). Further, it should be noted that although trauma narratives show a predominance of sensory/perceptual details, this does not mean that these details are necessarily precise. Amygdala activity at retrieval can lead a person to overestimate the memory vividness and the accuracy of details that one remembers (Kensinger & Schacter, 2008).

Negative emotions, but not general affect, were related to more PTSD symptoms, at least within the first moments after trauma. This suggests, according to Eid et al. (2005), that narratives could be used to index the emotional processing of trauma, helping to identify individuals with early intense responses and those who are then most likely to develop later stress reactions. Verbal emotional expressions have been associated to

emotional facial expressions, and coherence between the two can reflect an extreme emotional reactivity (Negrao, Bonanno, Noll, Putnam, & Trickett, 2005).

Because, from cognitive theories of PTSD, an impaired voluntary recall of the event is a core characteristic of the disorder, authors agree that the ability to elaborate about the traumatic event is associated with a better adjustment. According to Brewin et al. (1996), flashbacks remain in PTSD patients because they cannot tolerate reexperiencing trauma details and, hence, reencoding into episodic memory is never achieved. Memory elaboration entails placing the event in a specific temporal and personal context, which implies an increase of the number of associations with related experiences within the autobiographical memory base (Halligan et al., 2003). Studies reviewed have found that narrative aspects such as fragmentation, length of report, verbal tenses, or references to self provide valuable information to understand how memory is represented and how the individual copes with the traumatic experience. Generally, two evolution patterns have been underlined: one that involves avoidance responses to prevent overwhelming feelings and that is related to the development of PTSD symptoms, and another that implies a mental effort for constructing and integrating the trauma memory with other autobiographical memories and that predicts a better adjustment. Indeed, longitudinal studies point out that trauma memory is dynamic and that some language changes in the event description are linked to the course of trauma outcome (e.g., Dekel & Bonanno, 2013). This relationship is modulated by several factors, such as gender or the individual's sociocultural context (e.g., Jobson, 2011).

On that basis, fragmented narratives should reflect disorganized trauma memories linked to PTSD development. Unfortunately, though some recent studies have supported the fragmentation hypothesis, this issue remains controversial for several reasons. First, as

O’Kearney and Perrott (2006) noticed, the absence of a common conceptual framework for fragmentation construct prevents the reconciliation of the results. It is necessary to clearly distinguish between organization and coherence but also to consider the distinct elements of disorganization separately (e.g., repetitions, nonconsecutive chunks, disorganized thoughts, or connectives) because they may have a differential effect on results. In the same way, self-reported disorganization and narrative disorganization should not be confused, because a lack of convergence is usually found between lexical markers and participants’ assessments of their memory qualities (Greenhoot et al., 2013). Further, the procedures developed to date have not clarified the nature of the link between traumatic memories and PTSD, although fragmented narratives could appear as a consequence of the condition or, on the contrary, contribute to its etiology. Gray and Lombardo (2001) added that anxiety during disclosing could interfere with the narrative elaboration, activating avoidance mechanisms. A reduction in anxiety levels likely leads to more coherent and complete narratives. Moreover, studies of the relationship between fragmentation and non-PTSD symptoms (e.g., depressive symptoms) have questioned the idiosyncrasy of the alterations underlying PTSD, with different disorders possibly sharing similar memory changes.

Other common limitations across studies refer to the frequent use of convenience samples, in which participants had low levels of PTSD symptoms, there was a scarcity of longitudinal designs, or assessments were conducted long after the event. Also, studies need to explore the link between the nature and severity of the event and the narrative differences beyond the development of symptoms. For example, Lindblom and Gray (2010) found that more betrayal was associated with less detailed narratives but also that more PTSD symptoms were found in perpetrated trauma victims in comparison with

accidental trauma victims. When symptoms were controlled, the effect of the type of trauma was insignificant. Therefore, a possible explication is that narrative differences do not depend so much on the nature of the event as on the fact that some events are more prone than others to lead to symptoms and, with this, more memory disturbances.

Regarding the methodology employed, attempts to adopt an operative measure for narrative domains have led to the use of computerized analysis procedures, such as LIWC, that ignore context. Thus, the use of these tools must be enhanced with complementary valuations by raters that take into account different language connotations.

In summary, despite the significant findings obtained, there is still a long road to travel. Although evidence shows that trauma narratives have specific characteristics, there is not enough support to conclude that memories in PTSD depend on special mechanisms, as the cognitive models argue. It is necessary for future studies to concentrate on the preparation of valid and operative linguistic measurements and to integrate the results into a common theoretical model. In spite of the difficulties that it entails, the study of trauma narratives provides, in the words of O’Kearney and Perrott (2006), “an important window into understanding the nature of PTSD” (p. 91). Analyzing trauma narratives enables us to understand the memory disturbances linked to PTSD and thus to develop increasingly effective psychological interventions to promote trauma adaptation.

5.7. References

- Beaudreau, S. A. (2007). Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 353–357. doi:10.1002/jts.20206.
- Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 318–325. doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.004.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527–553. doi:10.1002/jts.2490080403.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140, 69–97. doi:10.1037/a0033722.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686. doi:10.1037/0033-295X.103.4.670.
- Briddon, E., Slade, P., Isaac, C., & Wrench, I. (2011). How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth? *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1001–1007. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.008.
- Buck, N., Kindt, M., van den Hout, M., Steens, L., & Linders, C. (2007). Perceptual memory representations and memory fragmentation as predictors of post-trauma symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 259–272. doi:10.1017/S1352465806003468.

- D'Andrea, W., Chiu, P., Casas, B., & Deldin, P. (2012). Linguistic predictors of post-traumatic stress disorder symptoms following 11 September 2001. *Applied Cognitive Psychology*, 26, 316–323. doi:10.1002/acp.1830.
- Dekel, S., & Bonanno, G. (2013). Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 26–34. doi:10.1037/a0022750.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Eid, J., Johnsen, B. H., & Saus, E. R. (2005). Trauma narratives and emotional processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 503–510. doi:10.1111/j.1467-9450.2005.00482.x.
- Evans, C., Ehlers, A., Mezey, G., & Clark, D. M. (2007). Intrusive memories in perpetrators of violent crime: Emotions and cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 134–144. doi:10.1037/0022-006X.75.1.134.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690. doi:10.1002/jts.2490080409.
- Foa, E. B., & Riggs, D. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273–303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freer, B. D., Whitt-Woosley, A., & Sprang, G. (2010). Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and Victims*, 25, 742–754. doi:10.1891/0886-6708.25.6.742.

- Gray, M., & Lombardo, T. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S171–S186. doi:10.1002/acp.840.
- Greenhoot, A. F., Sun, S., Bunnell, S. L., & Lindboe, K. (2013). Making sense of traumatic memories: Memory qualities and psychological symptoms in emerging adults with and without abuse histories. *Memory*, 21, 125–142. doi:10.1080/09658211.2012.712975.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2009). Reliving and disorganization in posttraumatic stress disorder and panic disorder memories. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 627–630. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b08bdf.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419–431. doi:10.1037/0022-006X.71.3.419.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.
- Jelinek, L., Randjbar, S., Seifert, D., Kellner, M., & Moritz, S. (2009). The organization of autobiographical and nonautobiographical memory in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 288–298. doi:10.1037/a0015633.
- Jelinek, L., Stockbauer, C., Randjbar, S., Kellner, M., Ehling, T., & Moritz, S. (2010). Characteristics and organization of the worst moment of trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 680–685. doi:10.1016/j.brat.2010.03.014.

- Jobson, L. (2011). Cultural differences in levels of autonomous orientation in autobiographical remembering in Posttraumatic Stress Disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 25, 175–182. doi:10.1002/acp.1660.
- Jobson, L., & O’Kearney, R. (2006). Cultural differences in autobiographical memory of trauma. *Clinical Psychologist*, 10, 89–98. doi:10.1080/13284200600939892.
- Jones, C., Harvey, A. G., & Brewin, C. R. (2007). The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 151–162. doi:10.1016/j.brat.2006.02.004.
- Kensinger, E. A., & Schacter, D. L. (2008). Memory and emotion. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 601–617). New York, NY: Guilford Press.
- Kleim, B., Wallott, F., & Ehlers, A. (2008). Are trauma memories disjointed from other autobiographical memories in posttraumatic stress disorder? An experimental investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 221–234. doi:10.1017/S1352465807004080.
- Klein, I., & Janoff-Bulman, R. (1996). Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20, 45–54. doi:10.1016/0145-2134(95)00114-X.
- Lindblom, K., & Gray, M. (2010). Relationship closeness and trauma narrative detail: A critical analysis of betrayal trauma theory. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 1–19. doi:10.1002/acp.1547.
- Negrao, C., II, Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: Distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment*, 10, 350–363. doi:10.1177/1077559505279366.

- O’Kearney, R., Hunt, A., & Wallace, N. (2011). Integration and organization of trauma memories and posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 716–725. doi:10.1002/jts.20690.
- O’Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 81–93. doi:10.1002/jts.20099.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. (1999). *LIWC: Linguistic inquiry and word count*. Austin, TX: University of Texas.
- Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*, 465–472. doi:10.1037/a0035169.
- Rubin, D. C. (2011). The coherence of memories for trauma: Evidence from posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition, 20*, 857–865. doi:10.1016/j.concog.2010.03.018.
- Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General, 137*, 591–614. doi:10.1037/a0013165.
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 591–598. doi:10.1348/014466505X64081.
- Tuval-Mashiach, R., Freedman, S., Bargai, N., Boker, R., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2004). Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry, 67*, 280–293. doi:10.1521/psyc.67.3.280.48977.

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525. doi:10.1002/jts.2490080402.

PUBLICACIÓN 2: ESTUDIO EMPÍRICO 1

NARRATIVE LENGTH AND SPEECH RATE IN BATTERED WOMEN

[Longitud de la narrativa y velocidad del habla en mujeres maltratadas]

En Fernández-Lansac y Crespo (2015). *PLos ONE*, 10(11):e0142651.

doi:10.1371/journal.pone.0142651.

6. PUBLICACIÓN 2. ESTUDIO EMPÍRICO 1. NARRATIVE LENGTH AND SPEECH RATE IN BATTERED WOMEN

6.1. Resumen

La longitud y la velocidad del habla de las narrativas traumáticas se han asociado previamente con diferentes emociones y trayectorias de adaptación tras el trauma. No obstante, la evidencia es limitada y los resultados son mixtos. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la longitud (i.e., número de palabras) y la velocidad del habla (i.e., número de palabras por minuto) en narrativas acerca de acontecimientos de diferente valencia (i.e., neutros, positivos, y negativos/traumáticos) elaboradas por 50 mujeres víctimas de violencia en la pareja (grupo de trauma) y 50 mujeres no traumatizadas (controles). Los resultados mostraron que las narrativas traumáticas del grupo de trauma fueron más largas que las narrativas del grupo control. Además, estas narrativas se asociaron inversamente con el tiempo transcurrido desde el acontecimiento traumático y la ansiedad experimentada durante el relato. Del mismo modo, la velocidad del habla se asoció negativamente con la ansiedad durante el relato, pero también con la disociación peritraumática y la evitación. Narrativas acerca de acontecimientos positivos más breves, y una menor velocidad al relatar la experiencia traumática, predijeron los síntomas psicológicos. Adicionalmente, el estado emocional del individuo fue predictor de los aspectos narrativos, con efectos bidireccionales. Nuestros hallazgos mostraron que las características lingüísticas de las narrativas traumáticas (pero también de las narrativas acerca de acontecimientos positivos) revelaron información importante acerca de cómo las víctimas elaboraron sus recuerdos autobiográficos y afrontaron el trauma.

Palabras clave: longitud narrativa, velocidad del habla, narrativa traumática, memoria autobiográfica.

6.2. Abstract

Narrative length and speech rate of traumatic recollections have been previously associated with different emotions and adjustment trajectories after trauma. However, the evidence is limited and the results are mixed. The present study aimed to evaluate length (i.e., word count) and speech rate (i.e., words per minute) in narratives of events with different valence (i.e., neutral, positive, and negative/traumatic) by 50 battered women (trauma group) and 50 non-traumatized women (controls). The results showed that traumatic narratives by the trauma group were longer than those by the control group. Moreover, they were inversely related to time since the event and anxiety during disclosure, whereas the speech rate was also inversely associated with anxiety, as well as with peritraumatic dissociation and avoidance. The shorter narratives for positive events and a decelerated speech pattern for traumatic experiences predicted psychological symptoms. Additionally, the individual's emotional state predicted narrative aspects, with bidirectional effects. Our findings showed that linguistic characteristics of traumatic narratives (but also of narratives of positive events) revealed information about how the victims elaborated autobiographical memories and coped with the trauma.

Keywords: narrative length, speech rate, trauma narrative, autobiographical memory.

6.3. Introduction

The nature of trauma narratives and their relationship with posttraumatic symptoms have received growing interest aimed to prove psychological mechanisms involved in the memories of traumatic events and in the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). Narrative studies focus on establishing the connection between adjusting after trauma and integrating the memory of the event within the autobiographical memory system (for a review, see Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O’Kearney & Perrott, 2006).

Among the structural aspects of traumatic memories, *narrative length* has received attention because it is considered to reveal particular aspects of psychological functioning after a traumatic experience (Beaudreau, 2006, 2007). It is widely known that emotional events are better remembered than non-emotional ones, and it has been observed that an elevated emotional response can lead to an enhanced memory (Brewin & Holmes, 2003; Kensinger & Schacter, 2008). As a result, high arousal might result in longer trauma narratives (Beaudreau, 2007; O’Kearney, Hunt, & Wallace, 2011; Römisch, Leban, Habermas, & Döll-Hentschker, 2014). Furthermore, due to the salience of trauma in personal life history or event centrality, it has been generally assumed that trauma narratives tend to be longer and more detailed compared to other life narratives (Gray & Lombardo, 2001; Jelinek, Randjbar, Seifert, Kellner, & Moritz, 2009; Lindblom & Gray, 2010). Moreover, several authors have observed a global decrease in length and factual details of trauma narratives over time, likely due to normal processes of decay that make memories less accessible (D’Andrea, Chiu, Casas, & Deldin, 2012; Dekel & Bonanno, 2013). This observation suggests that time since the event might also influence the narrative length.

Alternatively, information-processing theories (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Riggs, 1993) indicate that high arousal during trauma could affect the encoding process through mechanisms such as peritraumatic dissociation, causing difficulties in elaborating a declarative representation of the event. Therefore, the victims will initially have difficulties in expressing the traumatic event. Over time, they will be able to elaborate a coherent narrative regarding the traumatic experience (van der Kolk & Fisler, 1995). According to this hypothesis, trauma narratives (initially at minimum) are predicted to be shorter due to both difficulties in encoding and recalling processes of highly emotional and salient memories.

Related to these two perspectives, there are also discrepancies among the authors regarding the relationship between trauma narrative length and psychological adjustment (Beaudreau, 2006, 2007). Dekel and Bonanno (2013) found a moderate association between length of narratives in two different time points and PTSD, and Alvarez-Conrad, Zoellner, and Foa (2001) noted a positive correlation between the word count for pre-threat sections of trauma narratives (before the first expression of perceived danger) and physical symptoms and discomfort. Additionally, the results obtained by Römisch et al. (2014) demonstrated a relationship between narrative length and intrusion (they considered length as an indicator of immersion, which is related to the intense and often involuntary reliving of trauma in PTSD).

Conversely, Beaudreau (2007) found that longer trauma narratives were associated with a better adjustment, whereas shorter narratives could indicate repression and avoidance mechanisms. In fact, Lindblom and Gray (2010) showed that avoidance symptoms of PTSD predicted trauma narrative length, and Gray and Lombardo (2001) explained that anxiety during disclosure could result in avoidance of event details.

Consistent with those findings, Foa, Molnar, and Cashman (1995) analyzed the changes in trauma narrative by sexual assault victims over the course of exposure therapy, and they found an increase in narrative length during treatment that likely revealed an improvement in trauma elaboration together with decreased anxiety. However, the authors noted that the findings could also be explained because therapy used the repeated imaginal reliving, which could produce hypermnesia or increased recall. Beaudreau (2007) concluded that whereas memory elaboration was often considered to be crucial for the recovery of victims, over-elaboration of the event could also be associated with a worse adjustment.

Furthermore, it is worth mentioning the limited attention paid in previous studies to the *speech rate* of trauma narratives, although it could also reveal important information regarding memory processing and emotions. Specifically, a decrease in the speech rate has been associated with sadness and depression, and an accelerated speech has been associated with anxiety, and changes in the voice-style have proven to affect cardiovascular response (Siegman & Boyle, 1993). Additionally, pauses have been considered to be an indicator of narrative fragmentation because they might reflect difficulties in elaborating and planning, as well as indicate a high arousal during recall (Römisch et al., 2014). Also, it has been suggested that long pauses could be related to a dissociative response (Hashemi, et al., 2008). These factors suggest that the differences in speech rate might be associated with different emotional responses to the traumatic experience.

In sum, evidence regarding the narrative length of trauma memories is fragmented and controversial, and speech rate has hardly been considered. In fact, aspects such as narrative skills, strategies for addressing stress, or willingness to disclose likely have a considerable effect on how individuals report a negative experience (Greenhoot, Sun,

Bunnell, & Lindboe, 2013). Therefore, the objective and subjective features of the event, and of the response to the event, must be explored in future studies. Summarizing previous findings, the time since the traumatic experience has proven to be an important objective aspect, whereas event centrality and peritraumatic dissociation likely impact memory processing and subsequently the traumatic narratives. To address trauma memory, strategies such as avoidance or memory elaboration have been highlighted in relationship with narrative length. It is also expected that narrative construction will be affected by the frequency of talking about the event and the use of psychological assistance. Additionally, the narrative expression will likely be related to the degree of anxiety suffered during disclosure. Furthermore, the relationship between narrative length and speech rate with PTSD should be clarified, but also with other psychological symptoms.

6.3.1. Objectives

The present study aimed to explore the following: (1) narrative length and speech rate in traumatized (trauma group) and non-traumatized subjects (controls) (after controlling narrative skills) across positive, and negative or traumatic events (i.e., different valence); (2) relationships between the trauma narrative length and the speech rate, and several objective and subjective features of the traumatic event and coping mechanisms (e.g., time since the occurrence of the event, anxiety during disclosure, centrality for identity, peritraumatic dissociation, elaboration, and avoidance); and (3) relationship between the trauma narrative length and the speech rate, and psychological adjustment (i.e., PTSD, depression, and anxiety symptoms).

6.4. Methods

The Ethics Committee of the University approved this study and the informed consent. All of the participants provided their written informed consent.

6.4.1. Participants

Fifty traumatized women (trauma group) and 50 non-traumatized women (control group) participated in the study. All of the participants were aged ≥ 18 years and were fluent in Spanish. Participants from the trauma and the control group were matched by age, according to three age ranges (18-34, 35-54, and 55-74 years). The participants from the trauma group were recruited by clinics and centers that assist battered women. All of them had suffered violence by their intimate partners for at least 1 month. Referring counsellors evaluated the participants and considered them to be emotionally able to withstand the session. The control group was recruited by word-of-mouth advertising. All of the participants received a compensation of 15 €.

Power analyses using G-Power software showed that $n = 90$ was needed to achieve a desirable power over .80 (medium-size effect = .30; alpha = .05).

6.4.2. Procedure

The assessment was conducted in a 1.5- to 2-hr session. After completing a semi-structured interview using different self-administered instruments, the participants were asked to narrate a normal day in their life (*neutral*), the most distressing episode of maltreatment (trauma group) or the most stressful event (controls) (*traumatic/negative*), and the happiest event (*positive*). The order of episodes (negative and positive) was randomly counterbalanced across participants, although the neutral narrative was invariantly the first. They were requested to accurately recall the events, providing as much

detail as possible. When the negative event, primarily the traumatic event, was the last, emotional support strategies were used to minimize any discomfort after the session. After each narrative, the participants were asked to rate their anxiety during disclosure using a 0-100 point visual-analogue scale. The narratives were uninterrupted, audio-recorded, and then transcribed verbatim. The assessment protocol was previously tested and improved using a pilot study with five psychology students.

6.4.3. Measures

6.4.3.1. Demographic variables and verbal intelligence

A standardized interview assessed background information (e.g., age, education, and socioeconomic level), and details of the traumatic/negative event (e.g., time of the event and injuries), and psychological treatment (e.g., months in therapy). In this interview, the participants were also asked to select the worst stressful event in their life (control group) or the worst episode of violence inflicted by their intimate partner (trauma group).

Verbal intelligence was measured using the Vocabulary subtest of the Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III-V) (Wechsler, 1997) in which the participants provided oral definitions for 33 words presented. In this sample, Cronbach's alpha was .91.

6.4.3.2. Psychological symptoms

The Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire (Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP) in Spanish) (Crespo & Gómez, 2012) is a self-reported measure that allows the evaluation of posttraumatic symptoms in several domains. It provided information on the presence and severity of symptoms according to the DSM-IV-

TR (American Psychiatric Association, 2000) criteria and PTSD diagnostic. In this study, it showed an adequate consistency for the severity of symptoms ($\alpha = .94$).

The Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) is likely the most widely used test of depressive symptoms. In this study, Cronbach's alpha was .94.

Similarly, the Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck & Steer, 1990) is commonly used to measure the presence and the severity of anxiety symptoms. In this sample, it showed high internal consistency ($\alpha = .95$).

6.4.3.3. Characteristics of negative/traumatic event and its memory

The Centrality of Event Scale (CES) (Berntsen & Rubin, 2006) measures the extent to which a traumatic memory forms a central component of personal identity and a reference point for the attribution of meaning to other experiences in a person's life. Its reduced 7-items version was used. It demonstrated good internal consistency in this study ($\alpha = .91$).

The Autobiographical Memory Questionnaire (AMQ) (Berntsen, Willert, & Rubin, 2003) is a series of questions concerning the processes involved in remembering an event. For this study, two questions regarding avoiding thinking of the event and memory elaboration were selected for their relevance to our goals.

The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire-Self Report version (PDEQ) (Marmar, Metzler, & Otte, 2004; Marmar, Weiss, & Metzler, 1998) assesses the degree of dissociative experience at the time of the stressful event. In this study, internal consistency was satisfactory ($\alpha = .90$).

6.4.3.4. Narrative aspects measures

Calculating the narrative length was achieved using the Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) software (Pennebaker, Francis, & Booth, 2001); Spanish adaptation by Ramírez-Esparza, Pennebaker, García, & Suriá (2007). LIWC is a text analysis software program for measuring the presence of emotion words, cognitive processes, and other linguistic characteristics of the spoken or written language. In the present study, only word count (WC) was considered. Nonetheless, the speech rate was determined by dividing the number of words (word count) by the narrative duration (minutes), obtaining the number of words per minute (W/min.) for each narrative.

6.4.4. Data analyses

The descriptive statistics (i.e., means, standard deviation, and percentages) were used to characterize the sample and study variables. The chi-squared tests for the categorical data and *t* test or Mann-Whitney *U* tests for the continuous data were applied to compare the trauma and control groups, and anxiety during the disclosure of narratives with difference valence. The data were tested for normality using the Shapiro-Wilk test. The relationships between the narrative length and speech rate were explored using Pearson and point-biserial correlations. Additionally, both variables were correlated with the objective and subjective aspects of traumatic memories, coping strategies, and anxiety during disclosure.

The differences between the narrative length and speech rate were analyzed using analyses of covariance (ANCOVAs) for repeated measures, with *group* (trauma vs. control group) as the between-subject factor and *narrative valence* (positive vs. traumatic/negative) as the within subject factor (2×2 design). The narrative length and

speech rate for the neutral event were introduced as the covariance terms to control for potential confounds. Specifically, it allowed the narrative style to be controlled. Verbal intelligence was not considered as a covariance after being explored. The Bonferroni correction was used to adjust the confidence intervals.

Finally, multiple linear regression analysis was used to examine whether the narrative length and speech rate for the positive and traumatic narratives explained the presence of psychological symptoms in the trauma group. Previously, Pearson correlations were examined. Because a bidirectional influence was expected, regression was also employed to examine whether the psychological aspects predicted the four narrative variables. In the distribution exploratory analysis, the quadratic relationships between variables were discarded. The stepwise discriminant function analysis was used to select the best predictors from the linear regression.

6.5. Results

6.5.1. Participants and negative/traumatic event characterization

The participants from the trauma group were, for the most part, Spanish (82.0%), and 18.0% of the participants were Latin American; ages ranged between 21 and 60 years ($M = 40.46$; $SD = 9.27$). The control group was 92.0% Spanish (8.0% were Latin American), with ages ranging between 20 and 73 years ($M = 38.82$; $SD = 14.48$). Both groups did not differ in nationality, educational level, or job situation; however, the groups did differ slightly in marital status (20.0% of the trauma group and 38.0% of the controls were married or living with their partners). This difference was justified given the specific nature of the traumatic experience in the trauma group. When verbal intelligence was analyzed, the results showed that there were no significant differences between the trauma

and control groups in WAIS-III-V. Table 6.1 shows the most important demographic variables for participants from the two groups.

Table 6.1. *Sociodemographic features of participants by group*

Variables	Trauma Group (<i>n</i> = 50)	Control Group (<i>n</i> = 50)	Statistics	<i>p</i>
Nationality: Spanish % (<i>n</i>)	82.0 (41)	92.0 (46)	$\chi^2(1, 100) = 2.21$	.137
Age (years) <i>M</i> (<i>SD</i>)	40.46 (9.27)	38.82 (14.48)	$Z = -.821$	.412
Educational level: High school degree (vs. compulsory education) % (<i>n</i>)	64.0 (32)	74.0 (37)	$\chi^2(1, 100) = 1.17$	.280
Job situation: Active (vs. inactive) % (<i>n</i>)	54.0 (27)	58.0 (29)	$\chi^2(1, 100) = .162$	.687
Marital status: With partner (vs. no partner) % (<i>n</i>)	20.0 (10)	38.0 (19)	$\chi^2(1, 100) = 3.93$	.047
Months since negative/traumatic event <i>M</i> (<i>SD</i>)	69.18 (79.13)	107.71 (110.66)	$Z = -1.727$	.084
Verbal intelligence (WAIS-V) <i>M</i> (<i>SD</i>)	40.17 (11.34)	40.08 (10.39)	$Z = -.197$	.844

The participants from the trauma group had suffered violence by their intimate partner during a mean of 136.70 months ($SD = 133.06$), that is, over 11 years. Approximately 62.0% suffered physical aggressions in the worst episode of violence that they identified, 12.0% suffered sexual abuses, and all of them suffered psychological abuses (100.0%). Only 10.0% from the control group selected an aggression as the worst event lived. The most common events reported were the death or illness of a loved one (58.0% and 16.0%, respectively). Other events included family abuse, job problems,

abortion, or eviction. The difference between groups in the time distance of the negative/traumatic event was not statistically significant (see Table 6.1).

6.5.2. Anxiety during disclosure

In general, there was a high variability among anxiety perceived during disclosure by the participants. Between the groups, there were significant differences in anxiety reported for the neutral narrative ($Z = -3.469$, $p = .001$), for the positive narrative ($Z = -2.540$, $p = .011$), and for the negative narrative ($Z = -4.761$, $p < .001$). For the three narratives, the trauma group showed more anxiety, especially when the participants narrated the traumatic event. The means for the trauma group were 29.29 ($SD = 30.05$), 21.94 ($SD = 29.26$), and 72.45 ($SD = 29.03$), respectively; for the control group, the means were 10.10 ($SD = 15.73$), 7.72 ($SD = 16.13$), and 41.90 ($SD = 29.33$), respectively.

6.5.3. Narrative length and speech rate comparisons

In the first step, the correlations between the narrative length and speech rate for the neutral, positive, and negative/traumatic events were explored (Table 6.2). All of the variables correlated directly and significantly with each other, with the exception of the neutral narrative length and the speech rate for the positive and negative/traumatic narratives. The results suggest that, although the speech rate and narrative length were associated, they measured different narrative aspects.

Table 6.2. *Correlations between narrative length (WC) and speech rate (W/min.) for neutral, positive, and negative/traumatic narratives (n = 100)*

	WC Neutral	WC Positive	WC Negative/ Traumatic	W/min. Neutral	W/min. Positive
WC Positive	.526 $p < .001$				
WC Negative/Traumatic	.273 $p = .006$	.279 $p = .005$			
W/min. Neutral	.412 $p < .001$	.359 $p < .001$	.220 $p = .028$		
W/min. Positive	.159 $p = .114$	.443 $p < .001$	.342 $p = .001$	.570 $p < .001$	
W/min. Negative/Traumatic	.135 $p = .181$	.261 $p = .009$	.453 $p < .001$	.476 $p < .001$	.660 $p < .001$

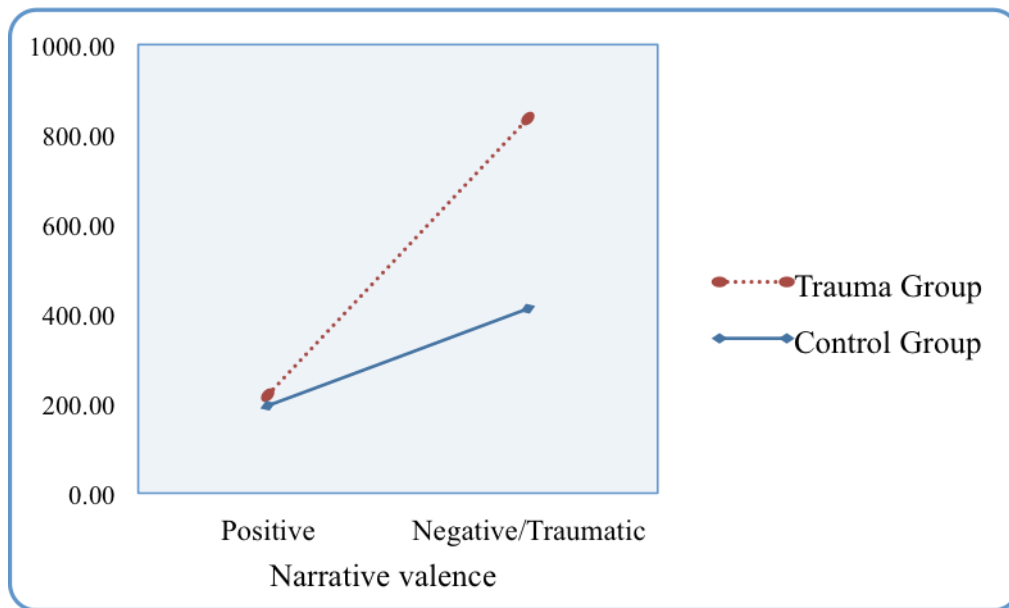
In line with previous studies (e.g., Beaudreau, 2007), there was a wide variability in the narrative length and speech rate among participants in the three different narratives. The mean word count for the neutral narratives was 266.38 ($SD = 227.93$), and that for words per minute was 144.71 ($SD = 27.85$) for the trauma group; for the controls, the mean word count was 200.34 ($SD = 234.19$) and that for words per minute was 130.56 ($SD = 25.14$). The descriptive characteristics for the positive and negative/traumatic narratives are shown in Table 6.3.

Table 6.3. Comparison between groups and narrative valence for narrative length (WC) and speech rate (W/min.): mean (standard deviation) ($n = 100$)

Variables	Trauma Group ($n = 50$)		Control Group ($n = 50$)		$F(1, 97)$		
	Positive	Traumatic	Positive	Negative	Group	Valence	Group \times Valence
WC	235.10 (267.12)	854.78 (631.13)	177.88 (171.39)	391.48 (518.36)	12.644 $p = .001$	23.704 $p < .001$	12.177 $p = .001$
W/min.	141.36 (32.41)	145.81 (32.37)	127.82 (26.58)	130.17 (26.94)	2.092 $p = .151$	2.053 $p = .155$	.511 $p = .476$

According to previous literature, ANCOVA analysis, with the narrative length for the neutral event as covariate, showed that the word count differed by Group, $F(1, 97) = 12.644$, $p = .001$, $\eta^2_{\text{partial}} = .115$; and by Valence, $F(1, 97) = 23.704$, $p < .001$, $\eta^2_{\text{partial}} = .196$ (Table 6.3). The narratives from the trauma group were longer than for the controls, and the positive narratives were shorter than the negative/traumatic narratives for the two groups. Furthermore, there was a significant effect of Group \times Valence interaction, $F(1, 97) = 12.177$, $p = .001$, $\eta^2_{\text{partial}} = .112$, with high observed power ($1 - \beta = .933$). The *post hoc* tests with Bonferroni corrections revealed that the differences between the groups were only significant for the negative/traumatic narratives: the traumatic narratives by the trauma group were longer than the negative narratives by the controls ($p < .001$). Fig 6.1 shows the marginal means in the narrative length for the two groups across narratives.

Fig 6.1. *Marginal means for trauma and control groups in narrative length (WC) across positive and traumatic/negative narratives (n = 100)*



However, when the speech rate was analyzed, with the speech rate for the neutral event as a covariate, no significant differences were found, although the trauma group tended slightly to use more words per minute than the control group (Table 6.3).

Additionally, because there were differences between groups in marital status, this variable was also introduced as covariate in further analysis, showing that it did not affect the significance of the differences previously found.

6.5.4. Relationship between traumatic narrative aspects and features of the event and memory

As shown in Table 6.4, the longer narratives for the traumatic event in the trauma group were significantly associated with less time since the event ($p = .021$) and less anxiety during disclosure ($p = .034$). For other measures, the correlations were not significant, although longer narratives were slightly related to an increase in memory

elaboration ($p = .066$). The correlations showed also a significant and inverse association between speech rate and anxiety during disclosure ($p = .004$). Moreover, a lower number of words per minute was linked to more cognitive and behavioral avoidance ($p = .006$), but not avoidance thinking as assessed by the AMQ, and more peritraumatic dissociation ($p = .012$). Other correlations were not statistically significant.

Table 6.4. *Correlations between narrative length (WC) and speech rate (W/min.) for traumatic narratives and traumatic event characteristics (n = 50)*

Variables	WC Traumatic	W/min. Traumatic
Time since event	-.325 $p = .021$	-.183 $p = .204$
Event centrality (CES)	.056 $p = .700$	-.132 $p = .362$
Peritraumatic dissociation (PDEQ)	-.058 $p = .688$	-.353 $p = .012$
Avoid thinking (AMQ)	-.178 $p = .216$	.233 $p = .104$
Avoidance (EGEP)	-.198 $p = .173$	-.384 $p = .006$
Memory elaboration (AMQ)	.264 $p = .066$	.154 $p = .291$
Have talked about the event	.017 $p = .909$	.025 $p = .867$
Frequency of talking	.145 $p = .340$	.202 $p = .183$
Received psychological therapy	.044 $p = .760$	-.053 $p = .714$
Months in therapy	-.265 $p = .082$	-.180 $p = .241$

Variables	WC Traumatic	W/min. Traumatic
Anxiety during disclosure	-.303	-.407
	$p = .034$	$p = .004$

6.5.5. Relationship between traumatic and positive narrative aspects and psychological symptoms

The correlations between narrative length and speech rate for positive narratives and emotional symptoms showed that both variables in the trauma group were inversely associated with PTSD, depression, and anxiety. Subsequently, more symptoms were related to a lower word count and fewer words per minute in the description of the positive event. Specifically, the correlations for narrative length and speech rate were significant for PTSD diagnosis ($r = -.309$, $p = .029$ for narrative length, and $r = -.306$, $p = .030$ for speech rate) and overall PTSD scores ($r = -.380$, $p = .007$, and $r = -.401$, $p = .004$), avoidance and numbing symptoms ($r = -.381$, $p = .007$, and $r = -.328$, $p = .022$), arousal symptoms ($r = -.371$, $p = .009$, and $r = -.397$, $p = .005$), anxiety ($r = -.483$, $p < .001$, and $r = -.426$, $p = .002$), and depression ($r = -.402$, $p = .004$, and $r = -.454$, $p = .001$). Additionally, a lower speech rate was associated with more re-experiencing symptoms ($r = -.309$, $p = .029$).

A lower word count for the traumatic event was significantly associated only with more PTSD diagnosis ($r = -.333$, $p = .018$). However, a lower speech rate was related to more overall PTSD scores ($r = -.443$, $p = .001$), re-experiencing ($r = -.394$, $p = .005$), avoidance and numbing, ($r = -.445$, $p = .001$), functioning ($r = -.375$, $p = .007$), anxiety ($r = -.373$, $p = .008$), and depression ($r = -.402$, $p = .004$).

Against expectations, the regression analyses showed that the traumatic narrative length did not allow for predicting psychological adjustment. Both overall PTSD symptoms and anxiety were predicted by the positive narrative length and speech rate for the traumatic narrative. For PTSD symptoms, the model explained 24.3% of the variance, for the most part due to the traumatic speech rate, $F(2, 46) = 8.724, p = .001$; for anxiety, it described 27.3% of the variance, due primarily to the positive word count $F(2, 47) = 10.218, p < .001$. The only predictor of depression was the positive narrative length, $F(1, 47) = 12.195, p = .001$ (Table 6.5).

Table 6.5. *Stepwise multiple linear regression analysis for psychological symptoms, narrative length and speech rate ($n = 50$)*

	β	t	p
Narrative Aspects as Predictors			
<i>Overall PTSD Symptoms</i>			
W/min. Traumatic	-.373	-2.882	.006
WC Positive	-.290	-2.241	.030
Adjusted $R^2 = .243$			
<i>Anxiety</i>			
WC Positive	-.417	-3.327	.002
W/min. Traumatic	-.272	-2.168	.035
Adjusted $R^2 = .273$			
<i>Depression</i>			
W/min. Positive	-.454	-3.492	.001
Adjusted $R^2 = .189$			
Emotional Variables as Predictors			
<i>WC Positive</i>			
Anxiety	-.494	-3.856	< .001
Adjusted $R^2 = .228$			
<i>W/min. Positive</i>			

	β	t	p
Depression	-.456	-3.471	.001
Adjusted $R^2 = .190$			
<i>W/min. Traumatic</i>			
Overall PTSD symptoms	-.481	-3.723	.001
Adjusted $R^2 = .215$			

The bidirectional effects were verified. For the positive narratives, narrative length was predicted by anxiety, $F(1, 46) = 14.872$, $p < .001$, with 22.8% of the explained variance (for speech rate by depression, $F(1, 46) = 12.049$, $p = .001$). The speech rate for traumatic events was predicted by the overall PTSD symptoms, $F(1, 46) = 13.859$, $p = .001$. No predictors were found for the traumatic narrative length. However, due to its significant correlation with time since the event and anxiety during disclosure, both variables were introduced in the regression model, explaining the second to be a modest 9% of variance, $F(1, 45) = 5.575$, $p = .023$. Additionally, because of its relationship with the speech rate of traumatic narratives, anxiety during disclosure, avoidance and peritraumatic dissociation were introduced as potential predictors with no significant results.

6.6. Discussion

The present study first specifically explored the trauma narrative length in victims seeking treatment. We only have knowledge of a study by Beaudreau (2006, 2007) that has specifically addressed this issue with a sample consisting of community-dwelling adults (only 5% of the sample fulfilled the criteria for PTSD). Nevertheless, Beaudreau (2007) admitted that treatment-seeking individuals, because of their degree of distress and the impact of the event, represent a better sample to perform the narrative analysis. Moreover,

this study incorporated the data of speech rate, and a control group, as well as control narratives of other emotional events. Consequently, the present study followed the recommendations by Römisch et al. (2014) concerning the need to use clinical samples and control groups, and control narratives, in trauma memory research. Additionally, narrative skills, such as narrative style and verbal intelligence, were specifically controlled in this study.

Consistent with the results found in the study by Beaudreau (2007), the trauma narratives were longer; the negative, not traumatic, memories were also longer compared with the narratives of positive and neutral events. Additionally, the trauma narratives by traumatized women had a mean number of words more than twice that the mean number of words observed in the negative narratives by controls. This finding supports the hypothesis that the high arousal experience might lead to detailed and vivid recollections of traumatic events (Berntsen et al., 2003). However, the narrative length is not an indicator of memory accuracy, so the results do not prove that the traumatic memories are enhanced.

Focusing only on the traumatized participants, a relationship was found between the word count of traumatic narratives and the time since the event. Therefore, although trauma leaves a strong imprint on the individual's autobiographical memory, there was a tendency to decrease the narrative length over time according to previous research (e.g., Dekel & Bonanno, 2013), which supports the hypothesis of the decay of memories. Moreover, the speech rate of trauma narratives tended to be slower with time, although the results were not significant. Contrary to expectations, event centrality was not associated with the narrative aspects of traumatic recollections. A likely explanation is that all of the victims had requested some assistance for domestic violence, so that although there were differences in centrality among them, trauma played an important role in the life and

identity of all of the participants. Additionally, no associations were found for memory elaboration, talking about the event, receiving psychological attention or months of therapy. These results did not seem to support the hypothesis proposed by Foa et al. (1995). However, consistent with these authors' arguments, the participants with more anxiety during disclosure constructed shorter trauma narratives and tended to narrate the event in a slower manner. Gray and Lombardo (2001) explained that psychological interventions could increase the comfort level during disclosure and decrease the anxiety level, resulting in a more complete narrative regarding the event. We suggest that imaginal reliving treatment used by Foa et al. (1995) would impact on the narrative length by decreasing anxiety, whereas other types of psychological interventions would have different goals. Furthermore, in this sample, the majority (90%) of the women were receiving treatment at the present; hence, no conclusions can be drawn. Unexpectedly, avoidance and peritraumatic dissociation were not related to the traumatic narrative length; however, both variables were related to a decelerated speech rate. It is presumably because they reflect difficulties in encoding and accessing memories, as well as in speech planning, which would result in long pauses, in agreement with the observations of Hashemi et al. (2008) and Römisch et al. (2014).

When adaptation trajectories in battered women were analyzed, the results showed that shorter traumatic narratives were associated with more PTSD diagnostics. The results are in the opposite direction than those reported in the work by Römisch et al. (2014) who found an association between the narrative length and the worst emotional state. However, it should be noted that these authors included in their analyses traumatized and non-traumatized participants (who indicated that the most distressing event was not traumatic). In this study, only traumatized women were considered. In fact, when analyzing the entire

sample, the narrative length of both the negative and traumatic events was positively correlated to the posttraumatic symptoms.

Contrary to expectations, the narrative length for the happiest event was a better predictor for the individual's mental health than traumatic narrative length. Longer positive narratives predicted lower levels of PTSD symptoms and anxiety. Additionally, the speech rate for traumatic narratives impacted psychological distress, whereas depression was predicted by the speech rate of the positive narrative. The analyses also showed that the relationship between the narrative aspects and the emotional state after trauma was reciprocal and bidirectional.

Altogether, the findings revealed that, although traditional research has focused on the traumatic narrative length, the speech rate (even though it tended to be correlated with it) could have a specific effect on the results. In accordance with the results of Römisch et al. (2014), a decelerated speech might indicate the poor elaboration of traumatic memories that cognitive models attribute to PTSD. This finding was also supported by the inverse association observed between the speech rate and the peritraumatic dissociation. Additionally, the participants with slow speech showed more anxiety during disclosure and likely activated avoidance mechanisms to cope with their distress. This research also changed the focus toward the consideration of positive memories, more than distressing memories, in traumatized patients. The studies on depressed patients have consistently showed that they present memory biases with difficulties to access positive events of their past and to generate specific memories (Kuyken & Dalgleish, 1995; Williams & Scott, 1988). Similarly, the experience of a traumatic event could break into the autobiographical memory system, leading to deficits in recalling positive emotional experiences. The victims with a worse adjustment after trauma could have this memory bias over time,

whereas recovery would require elaborating traumatic memories but also memories of happy events. This finding has important implications for developing narrative clinical interventions for PTSD.

Nevertheless, the present study has several limitations. First, the sample was selective. The trauma group was homogeneous with regard to gender and type of event suffered. The focus on a specific class of traumatic experiences, however, is typical for other studies and helps prevent premature conclusions across types of events. Interpersonal violence is one of the most impactful traumatic events because of its chronicity and a feeling of betrayal of trust in others (Freer, Whitt-Woosley, & Sprang, 2010). Furthermore, the study may have oversampled traumatized women with good ability to narrate their experience. The majority of the women was in or was ready to enter psychotherapy, and they voluntarily chose to participate in the present study. Thus, we cannot exclude the likelihood that the narratives were influenced by psychotherapies. Finally, it would have been desirable to collect follow-up data to examine the narrative changes over time.

6.7. Conclusions

Data of this study showed that as a whole narratives of distressful events were longer (i.e. included more words) than those of positive relevant event; more specifically, narratives of violence episodes by intimate partner in battered women were longer than narratives of highly distressful life events in non-traumatized women. Even more, these differences did not relate with difference in the speech rate (i.e. speed); actually speed showed high consistency both between types of narratives (positive vs. negative/traumatic) and groups (trauma vs. no-trauma).

Among battered women, longer narratives of trauma were related to less anxiety during disclosure, and less time since the episode narrated, but not with other features such as centrality of the event, avoidance, or frequency of talking about the event; moreover, a quicker narration of the episode of violence was associated to less anxiety during disclosure, higher peritraumatic dissociation and more avoidance responses. Consequently, these aspects should to be taken into account when analyzing trauma narratives in this type of victims.

Furthermore, the study revealed some relationships among narrative length and speech rate, both for trauma and positive events, and posttraumatic, anxiety and depression symptoms in women victims of repeated violence by their intimate partners. Interestingly, narrative length and speech rate for positive events showed higher association with symptoms severity than those for trauma event; even more, speech rate was more relevant than narrative length when trauma narrative was considered.

All in all this study underlined the need to advance the study of narrative length but also of speech rate in both traumatic and positive narratives. Future research should explore linguistic aspects of narrative construction across different populations and autobiographical memories with different emotional impact. The way in which the victims express their personal experiences offers valuable information to gain a better understanding of the memory processes involved in the different adaptation trajectories after trauma.

6.8. References

- Alvarez-Conrad, J., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2001). Linguistic predictors of trauma pathology and physical health. *Applied Cognitive Psychology, 15*, S159–S170. doi:10.1002/acp.839.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beaudreau S. A. (2006). *Age, narrative length and trauma* (Order No. AAI3191270). Available from PsycINFO (621563427; 2006-99008-208). Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/621563427?accountid=14514>.
- Beaudreau, S. A. (2007). Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment? *Journal of Traumatic Stress, 20*, 353–357. doi:10.1002/jts.20206.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research Therapy, 44*, 219–231. doi:10.1016/j.brat.2005.01.009.
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 17*, 675–639. doi:10.1002/acp.894.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686. doi:10.1037/0033-295X.103.4.670.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. doi:10.1037/tra0000041.
- Crespo, M., & Gómez, M.M. (2012). *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)* [Global Assessment of Posttraumatic Stress]. Madrid: TEA Ediciones.
- D'Andrea, W., Chiu, P., Casas, B., & Deldin, P. (2012). Linguistic predictors of posttraumatic stress disorder symptoms following 11 September 2001. *Applied Cognitive Psychology*, 26, 316–323. doi:10.1002/acp.1830.
- Dekel, S., & Bonanno, G. (2013). Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 26–34. doi:10.1037/a0022750.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690. doi:10.1002/jts.2490080409.

- Foa, E. B., & Riggs, D. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273–303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freer, B. D., Whitt-Woosley, A., & Sprang, G. (2010). Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and Victims*, 25, 742–754. doi:10.1891/0886-6708.25.6.742.
- Gray, M., & Lombardo, T. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S171–S186. doi:10.1002/acp.840.
- Greenhoot, A. F., Sun, S., Bunnell, S. L., & Lindboe, K. (2013). Making sense of traumatic memories: Memory qualities and psychological symptoms in emerging adults with and without abuse histories. *Memory*, 21, 125–142. doi:10.1080/09658211.2012.712975.
- Hashemi, B., Shaw, R. J., Hong, D. S., Hall, R., Nelson, K., & Steiner, H. (2008). Posttraumatic stress disorder following traumatic injury: Narratives as unconscious indicators of psychopathology. *Bulletin of Menninger Clinic*, 72, 179–190. doi:10.1521/bumc.2008.72.3.179.
- Jelinek, L., Randjbar, S., Seifert, D., Kellner, M., & Moritz, S. (2009). The organization of autobiographical and nonautobiographical memory in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 288–298. doi:10.1037/a0015633.
- Kensinger, E. A., & Schacter, D. L. (2008). Memory and emotion. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 601–617). New York, NY: Guilford Press.

- Kuyken, W., & Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 89–92. doi:10.1111/j.2044-8260.1995.tb01441.x.
- Lindblom, K., & Gray, M. (2010). Relationship closeness and trauma narrative detail: A critical analysis of betrayal trauma theory. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 1–19. doi:10.1002/acp.1547.
- Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Otte, C. (2004). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 144–167). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J.D. Bremner, & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 229–252). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- O’Kearney, R., Hunt, A., & Wallace, N. (2011). Integration and organization of trauma memories and posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 716–725. doi:10.1002/jts.20690.
- O’Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81–93. doi:10.1002/jts.20099.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Booth, R. J. (2001). *Linguistic inquiry and word count*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ramírez-Esparza, N., Pennebaker, J. W., García, A. F., & Suriá, R. (2007). La psicología del uso de las palabras: un programa de computadora que analiza textos en español [The psychology of word use: A computer program that analyzes texts in Spanish]. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 85–99.

- Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 465–472. doi:10.1037/a0035169.
- Siegmán, A. W., & Boyle, S. (1993). Voices of fear and anxiety and sadness and depression: the effects of speech rate and loudness on fear and anxiety and sadness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 430–437. doi:10.1037/0021-843X.102.3.430.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525. doi:10.1002/jts.2490080402.
- Wechsler D. (1997). *Wechsler adult intelligence scale* (3rd ed.) San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Williams, J. M., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689–695. doi:10.1017/S003329170000083.

PUBLICACIÓN 3: ESTUDIO EMPÍRICO 2

QUALITY OF MEMORIES IN WOMEN ABUSED BY THEIR INTIMATE PARTNER: ANALYSIS OF TRAUMATIC AND NONTRAUMATIC NARRATIVES

*[Características de las memorias de mujeres maltratadas por su pareja:
análisis de narrativas traumáticas y no traumáticas]*

En Fernández-Lansac y Crespo (2017). *Journal of Traumatic Stress*, 30, 80–87
doi:10.1002/jts.22154.

7. PUBLICACIÓN 3. ESTUDIO EMPÍRICO 2. QUALITY OF MEMORIES IN WOMEN ABUSED BY THEIR INTIMATE PARTNER: ANALYSIS OF TRAUMATIC AND NONTRAUMATIC NARRATIVES

7.1. Resumen

Los modelos tradicionales del trastorno de estrés postraumático (TEPT) sostienen que la elevada intensidad emocional de los acontecimientos traumáticos conduce a déficits en el acceso voluntario a las memorias traumáticas. Esto puede dar lugar a narrativas desorganizadas, ligadas a la reexperimentación de emociones y sensaciones. Alternativamente, el enfoque de mecanismos básicos sugiere que esta alta activación provoca una mayor accesibilidad de las memorias tanto involuntarias como voluntarias. Las narrativas traumáticas no estarían, por lo tanto, deterioradas, y serían inmersivas y ricas en detalles. Para probar este enfoque, este estudio comparó las narrativas traumáticas de 50 mujeres maltratadas (grupo expuesto al trauma) con las narrativas de 50 mujeres no expuestas al trauma (controles), y analizó las relaciones entre los aspectos narrativos del trauma y la severidad del TEPT. Los resultados mostraron que las narrativas traumáticas fueron detalladas, orientadas y coherentes. Las palabras relativas a procesos afectivos y el tono emocional se asociaron a la centralidad del trauma y a la ansiedad durante el relato, y predijeron la severidad del TEPT ($R^2 = .26$). Estas variables, junto con el uso de verbos en presente, explicaron un porcentaje significativo de la varianza en intrusiones ($R^2 = .34$). De acuerdo con las hipótesis, los aspectos narrativos relacionados con la reexperimentación y la inmersión narrativa fueron mejores predictores del TEPT que los aspectos que indican un acceso deteriorado a las memorias traumáticas voluntarias.

Palabras clave: memoria autobiográfica, narrativa traumática, enfoque de los mecanismos básicos, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), intrusiones.

7.2. Abstract

Traditional models of posttraumatic stress disorder (PTSD) claim that the high emotional intensity of traumatic events leads to deficits in the voluntary access of traumatic memories. This may result in disorganized narratives, with a high sense of emotional and sensory reliving. Alternatively, the basic mechanisms view suggests that high arousal leads to more available involuntary and voluntary memories. Traumatic narratives would not be impaired; indeed, they would be immersive and rich in detail. To test this perspective, this study compared the trauma narratives of 50 battered women (trauma-exposed group) with narratives about positive experiences and narratives of 50 nonexposed women (controls), and analyzed the relationship between trauma narrative aspects and the severity of PTSD. Results showed that trauma narratives were detailed, oriented, and coherent. Affective process words and emotional tone were related to trauma centrality and anxiety during disclosure, and predicted the severity of PTSD ($R^2 = .26$). These variables, together with the use of present tense verbs, accounted for a significant variance in intrusions ($R^2 = .34$). As hypothesized, narrative aspects related to a sense of reliving and narrative immersion were better predictors of PTSD than aspects reflecting impaired access to voluntary traumatic memories.

Keywords: autobiographical memory, traumatic narrative, basic mechanism view, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), intrusions.

7.3. Introduction

Research focused on traumatic narratives has shown that these narratives differ from narratives about other life experiences, and this research has generated a broad debate about the nature of traumatic memories and its relationship with posttraumatic stress disorder (PTSD). According to Porter and Birt (2001), two main approaches have been proposed: (a) *the traumatic memory argument*, which claims that traumatic memories are impaired as a consequence of the encoding of overwhelming emotional conditions; and (b) *the trauma equivalency or trauma superiority argument*, which states that traumatic memories are facilitated and even enhanced, leading to vivid and coherent recollections. These perspectives resemble the Rubin, Boals, and Berntsen (2008) distinction between *the special mechanisms view* and *the basic mechanisms view* of traumatic memories and PTSD. Both views agree on the centrality of memory in PTSD and highlight an increase in emotional arousal linked to the experience of traumatic events. However, they differ in their approaches to the encoding and recovering of traumatic memories. In the special mechanisms view, distinct mechanisms are involved, whereas in the basic mechanisms view, trauma memories undergo the same processes as memories of other emotional events (see Rubin, Boals et al., 2008).

7.3.1. *The special mechanisms versus basic mechanisms views*

The special mechanisms view has received broad support from clinical practice and theoretical models of PTSD. Traditional cognitive theories (e.g., Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000) have argued that high arousal during trauma would lead to impairment in memory processing, due to the action of unique mechanisms such as peritraumatic dissociation. Consequently, traumatic events would be represented nonverbally, resulting in isolated memories that are poorly integrated with their context

and with other autobiographical memories. Together with impaired access to the declarative memory of the event, in PTSD there would be increased involuntary memory of the trauma in the form of emotional and sensory fragments (i.e., intrusive memories or flashbacks) that seem to be happening in the present (Brewin, 2007; Ehlers & Clark, 2000). This distinction between voluntary and involuntary memories is believed to reflect the existence of two different systems of information processing and storing, comprised of those that are verbally accessible versus situationally accessible (Brewin et al., 1996).

Alternatively, there is substantial evidence that high arousal may improve rather than impair the quality of memory, and that emotionally evocative events are better remembered than nonemotional ones (Kessinger & Schachter, 2008). Traumatic memories may act as a landmark in autobiographical memory and remain highly accessible (Berntsen & Rubin, 2007). Therefore, the basic mechanisms view claims that the high emotional intensity of traumatic experiences could increase individuals' sense of reliving the event in both involuntary and voluntary memories, despite the differences in retrieval (Rubin, Boals et al., 2008; Rubin, Feldman, & Beckham, 2004). From this perspective, it is not necessary to posit different memory systems because the development of PTSD would depend on the general availability of trauma-related information (Rubin, Boals et al., 2008). The extent to which the stressful event is a cognitive reference point for personal identity, expectations, and attribution of meaning to other experiences (that is, the extent to which the event is *central* to memory organization) might determine the availability of the memory and, therefore, be critical to the onset and maintenance of PTSD (Berntsen & Rubin, 2006). Because memory is a constructive process, factors related to individual differences in focusing and emotional reactivity also appear to play an important role through increasing

and decreasing accessibility to traumatic information (see Rubin, Berntsen, & Bohni, 2008).

7.3.2. Empirical evidence supporting the two contrasting views

Based on the special and basic mechanisms views, different predictions can be made regarding the quality of traumatic memories and its relationship with PTSD. Many researchers have sought to identify aspects of traumatic recollections that reveal failures in the declarative memory system. Survivors of traumatic events have reported that they initially remember the experience as sensory and affective fragments, although most are able to construct a coherent narrative over time (van der Kolk & Fisher, 1995). Koss, Figueredo, Bell, Tharan, and Tromp (1996) observed that memories about a traumatic experience (rape) were more emotionally intense and less coherent than other memories, and O’Kearney, Hunt, and Wallace (2011) found that individuals who evaluated their traumatic memories as being more disorganized developed more PTSD symptoms. When language-related aspects of trauma narratives have been analyzed in clinical populations, different linguistic patterns have emerged that could indicate a predominance of vivid involuntary memories versus organized voluntary memories (see Brewin, 2007). Overall, trauma narratives are expected to be disorganized or incoherent, containing a greater number of affective and sensory elements than cognitive expressions, alterations in spatial orientation, and a disrupted temporal context, such as the high use of present tense and spontaneous shifts in verb tense (for a review, see Crespo & Fernández-Lansac, 2016; O’Kearney & Perrot, 2006). Additionally, it has been suggested that an inability to establish a self-referential perspective can occur in PTSD, with accompanying difficulties integrating the traumatic experience into one’s personal autobiography (Ehlers & Clark, 2000). In this regard, Klein and Janoff-Bulman (1996) found that the tendency to

emphasize others versus oneself was a predictor of maladaptive coping in child abuse survivors.

Nonetheless, although most authors have embraced the special mechanisms argument, its hypotheses have been only partially confirmed. For instance, Beaudreau (2007) found that trauma narratives did include more words related to sensory/perceptual processes than did narratives about neutral and positive events but that they did not contain more affective words or present tense verbs or less evidence of cognitive processes. Jelinek et al. (2010) detected more unfinished thoughts and present tense verbs and less evidence of cognitive processes in the worst moments of trauma narratives of individuals with PTSD compared with the other moments. However, the expected abundance of affective words and high disorganization during the recounting of the worst moments was not observed. Finally, Römisch, Leban, Habermas, and Döll-Hentschker (2014) also failed to obtain evidence of fragmentation in traumatic memories, but they found greater immersion in traumatic than nontraumatic narratives, which was correlated to intrusion symptoms. Results regarding immersion were mainly due to narrative length and dramatic speech, which included the use of historical present tense and shifting of the reference of deictic temporal and spatial expressions (e.g., using the word “now” to speak about the past). In a previous study with the current sample, we found that traumatic narratives tended to be longer, but this did not predict posttraumatic symptoms (see Fernández-Lansac & Crespo, 2015). Thus, the use of present tense verbs as an indicator of narrative immersion or sense of reliving needs to be further explored. In addition, the role of self-reference disturbances in trauma narratives is far from clear (see Crespo & Fernández-Lansac, 2016).

All in all, a growing body of research suggests that traumatic narratives are not as “special” as is traditionally believed. Porter and Birt (2001) compared the qualities of

traumatic and positive memories and found that they were similar in many aspects. Traumatic memories were vivid, detailed, and coherent. In the same vein, other research teams have performed studies that show that traumatic memories are not more incoherent or disorganized than other autobiographical memories (e.g., Rubin, 2011; Rubin et al., 2016). Furthermore, according to the basic mechanisms view, some studies have shown that trauma centrality, not memory fragmentation, is a good predictor of PTSD (e.g., Berntsen & Rubin, 2006; Boals, 2010). Because trauma memories tend to be central and highly available, a sense of reliving may be present in voluntary traumatic memories. In fact, it has been found that stressful memories tend to be highly sensory and emotionally intense, and increased emotional intensity has been associated with PTSD (Rubin, Boals et al., 2008). In the same vein, references to the self may be abundant in traumatic narratives due to the impact of the event on survivor's identity.

7.3.3. The present study

The present study aimed to further assess the qualities of traumatic voluntary memories in women exposed to habitual interpersonal violence. Focusing on this type of stressor enabled us to study traumatic memories in distressing long-lasting contexts, in which individuals are repeatedly exposed to experiences that involve a violation of their expectations of trust (Freer, Whitt-Woosley, & Sprang, 2010). The study analyzed objective characteristics of narratives with different valences, after controlling for narrative skills. Following previous authors' recommendations (e.g., Römisch et al., 2014; Rubin et al., 2016), we used a 2 x 2 design including positive versus negative or traumatic narratives in trauma-exposed (intimate partner violence) and nonexposed women.

In line with the basic mechanisms view and the results of Römisch et al. (2014), traumatic narratives may tend to be immersive and rich in emotional and sensory details,

although there is no evidence for deficits in aspects that reflect disturbances in memory processing and recovering (e.g., low cognitive processing, incoherence). Furthermore, sensory and emotional reliving could be a function of the event centrality and emotional reactivity; therefore, it would not be specific to traumatic memories. Additionally, because trauma centrality has been shown to predict PTSD, qualities of traumatic memories linked to it could be related to individual adjustment.

Based on these theoretical frameworks, we proposed the following hypotheses: (a) trauma narratives in trauma-exposed individuals would be more detailed and immersive than comparison narratives (i.e., they would show higher emotional tone and presence of affective and perceptual content, more wealth of details, and more use of present tense verbs, and they would be temporally and spatially oriented) and would include references to self (i.e., high rates of first-person singular pronouns), although we expected they would not differ from other narratives in coherence and presence of cognitive processing; (b) details, immersion, and references to self in trauma narratives would be associated with trauma centrality and anxiety during disclosure; and (c) these narrative variables would predict increases in the severity of PTSD symptoms; in particular, we expected that immersion and narrative details would predict the severity of intrusions.

7.4. Method

7.4.1. Participants

The sample comprised 50 women who had habitually experienced intimate partner violence (trauma-exposed group) and 50 nontrauma-exposed women (control group) matched by age. All participants were fluent in Spanish. Trauma-exposed women were recruited through clinics and centers for assistance for battered women in the Madrid area

of Spain. All of them had been abused for at least 1 month. None of the eligible participants refused to take part in the study, as the referring counselors only selected women who were emotionally able to participate in the session. The control group was recruited through snowball sampling. Participants received a compensation of 15€.

7.4.2. Procedure

After providing full written informed consent, each participant took part in one data collection session. At the beginning, a standardized interview was conducted to collect demographic data. In this interview, participants were asked to select their worst episode of violence (trauma-exposed group) or the most distressing event in their life (controls). Participants also completed a set of self-reported measures.

Subsequently, participants were asked to narrate a normal day in their life (*neutral*), their previously selected worst episode of violence (trauma-exposed group) or most distressing event (controls) (*traumatic/negative*), and the happiest event of their life (*positive*). The order of episodes (traumatic/negative and positive) was randomly counterbalanced across participants, although the neutral prompt was always asked first. The instructions were as follows: “Please tell me about your daily activities for today/the happiest event/the worst event (or worst episode of violence). Tell me as you remember it, in the most detailed way possible. I would like you to tell me what happened just as it occurs in your mind. Tell me like I was a friend, and try to describe everything that you can remember: what took place, what you did, what you felt, what you thought... During your description, I will not interrupt you. You can say whatever you want, with absolute freedom, and you can take as much time as you need. We will start and finish whenever you want”.

After each narrative, participants were asked to rate their anxiety during disclosure using a 0-100-point visual analogue scale. Narratives were uninterrupted, audio-recorded, and then transcribed verbatim. The assessment protocol was previously tested in a pilot study. The Ethics Committee of Complutense University approved this study.

7.4.3. Measures

Demographic variables and verbal intelligence. A standardized interview assessed participants' background information (e.g., age, education) and details of the traumatic/negative event (e.g., time since the event). Information about the use of psychological treatment and the frequency of talking about the event (on a scale from 0 = *never* to 3 = *often* or *very often*) was obtained. The vocabulary subtest of the Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III-V; Wechsler, 1997) was used to measure verbal intelligence. In this sample, Cronbach's α was .91.

Posttraumatic symptoms. The Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire (Evaluación Global del Estrés Postraumático, EGEP, in Spanish; Crespo & Gómez, 2012) is a self-reported measure of severity of PTSD. In its most recent version, EGEP-5 (Crespo, Gómez, & Soberón, 2017), scores for severity of overall PTSD symptoms range from 0 to 80. In this study, the EGEP-5 showed high internal consistency for all severity symptom scales (α s between .85 and .86).

Trauma centrality. The Centrality of Event Scale (CES; Berntsen & Rubin, 2006) measures the extent to which a traumatic memory forms a central component of an individual's personal identity and a reference point for the attribution of meaning to other experiences. The reduced 7-item version was used (with scores ranging from 7 to 35). In this study, Cronbach's α was .91.

Narrative and linguistic measures. Narratives were coded using the Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) software program (Pennebaker, Francis, & Booth, 2001; Spanish adaptation by Ramírez-Esparza, Pennebaker, García, & Suriá, 2007), which computes the percentage of words for different language categories. The Spanish dictionary has more than 7,515 words, and this software captures approximately 66.3% of them (Ramírez-Esparza et al., 2007). In this study, LIWC detected 90.3%. The categories considered here were affective processes (e.g., “worried”, “abandon”), perceptual processes (e.g., “view”, “listen”), cognitive processes (e.g., “should”, “consider”), present tense verbs (e.g., “is”, “do”), and first-person singular pronouns (e.g., “I”, “me”).

Additionally, masters-level psychology students coded narrative details into specific categories according to a broad coding system developed by the authors, the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT; Fernández-Lansac & Crespo, in press). Three raters assessed each narrative and final scores were calculated by averaging the three assigned values. In this study, the following variables were selected due to their relevance to our goals: emotional tone, defined as the emotional tone of voice throughout the narrative, ranging from 0 = *completely positive* to 4 = *completely negative*; wealth of details, degree to which the qualities of scenarios, persons or objects were described, from 0 = *lack of details* to 3 = *very detailed*; spatial and temporal orientation, degree to which the event was placed in a specific spatial and temporal context, both from 0 = *lack of context* to 3 = *very oriented*; and coherence, degree to which the narrative was elaborated in an understandable manner, with its components properly articulated, from 0 = *lack of coherence* to 3 = *very coherent*. The interrater reliability was acceptable for all coded variables, with intraclass correlation coefficients (ICC) between .56 and .85 (see Fernández-Lansac & Crespo, in press).

7.4.4. Data analysis

Descriptive analyses (i.e., *Ms*, *SDs*, and percentages) were performed to characterize the sample, the events selected, and the scores of the different variables. Data were tested for normality using the Shapiro-Wilk's test. Mann-Whitney *U* tests were applied to compare groups when continuous data did not pass the normality test. Chi-squared tests were used for categorical data.

Analyses of covariance (ANCOVAs) for repeated measures were calculated to explore differences in narrative variables across groups and narratives. *Group* (trauma-exposed vs. control) was introduced as the between-subject factor, and *narrative valence* (positive vs. traumatic/negative) was the within-subject factor (2 x 2 design). Narrative variables for the neutral event were added as covariates, aiming to control for potential confounding of narrative style. After further examination, verbal intelligence was not considered as a covariate. Bonferroni correction was used to adjust confidence intervals.

Pearson's correlations were used to study the relationships between narrative variables and anxiety during disclosure and trauma centrality for the trauma-exposed group. Moreover, correlations between narrative variables and severity of PTSD symptoms were explored. Narrative variables that demonstrated significant correlations with symptoms (i.e., $p < .05$) were included in multiple linear regression models of PTSD symptom severity and the different clusters of PTSD symptoms.

7.5. Results

7.5.1. Participant and event characterization

The trauma-exposed group ranged in age from 21 to 60 years ($M = 40.46$, $SD = 9.27$), and the control group from 20 to 73 years ($M = 38.82$, $SD = 14.48$). Groups did not

differ in age ($Z = -.82, p = .412$), or in educational level, $\chi^2(1, 100) = 1.17, p = .280$. Additionally, there were no significant differences in verbal intelligence ($Z = -.20, p = .844$). Mean severity of overall PTSD symptoms was 34.86 ($SD = 15.91$) for trauma-exposed participants and 9.19 ($SD = 9.83$) for controls ($Z = -7.02, p < .001$).

Trauma-exposed participants had been exposed to interpersonal violence for a mean of 136.70 months ($SD = 133.06$). Regarding their worst episode of violence, 62.0% reported physical aggression, 12.0% reported sexual abuse, and 100% reported psychological abuse. Among the controls, the more common negative events were a loved one's death (58.0%) or illness (16.0%). Other events included family abuse, job problems, abortion, and eviction. There were 10% who selected an experience of aggression. Average time since the event for the trauma-exposed group was 69.18 months ($SD = 79.13$) and 107.71 months ($SD = 110.66$) for the controls, although the difference between groups was not significant ($Z = -1.73, p = .084$). Most trauma-exposed participants were receiving psychological treatment (90.0% in contrast to 8.0% of controls); however, no significant differences between groups were found for frequency of talking about the event, $\chi^2(3, 99) = 6.35, p = .096$. Some participants (8.2% of the trauma-exposed group and 12.0% of the control group) reported never discussing the event; 51.0% and 28.0%, respectively, reported almost never discussing it; 36.7% and 48.0% reported sometimes discussing it; and 4.1% and 12.0% reported often or very often discussing the event.

Regarding their happiest events, 50.0% of trauma-exposed participants and 32.0% of controls selected becoming mothers (pregnancy or childbirth) and 28.0% and 16.0%, respectively, a happy moment shared with their children, friends, or relatives (e.g., a conversation or a party). Other events included their wedding day (4.0% for trauma-

exposed and 10.0% for controls), and professional or academic achievements (2.0% and 22.0%). There were 8% of battered women who selected their separation from their abuser.

7.5.2. Group differences in narrative variables

ANCOVAs with language dimensions of neutral events as covariates (Table 7.1) showed that affective processes differed by narrative valence, but not by group. Unexpectedly, traumatic/negative narratives contained fewer words related to emotions ($\eta^2_{\text{partial}} = .12$) than positive ones. Although there were no differences in perceptual and cognitive processes for narrative valence, trauma-exposed participants included more perceptual words in their narratives ($\eta^2_{\text{partial}} = .10$) and tended to refer more to cognitive processes. Furthermore, there were no significant differences in the use of present tense verbs and “I” pronouns, although both tended to be more prevalent in positive narratives, especially for the trauma-exposed group. As expected, trauma narratives had a more negative emotional tone and were richer in detail, with a significant effect of Valence ($\eta^2_{\text{partial}} = .39$ and $.08$) and Group ($\eta^2_{\text{partial}} = .06$ and $.05$, respectively). There was a significant effect of the Group x Valence interaction for spatial orientation ($\eta^2_{\text{partial}} = .08$), with high observed power ($1 - \beta = .80$). The post hoc tests with Bonferroni corrections showed that differences between groups were significant for negative/traumatic narratives: Traumatic narratives from the trauma-exposed group were more spatially oriented ($p < .001$) than those of controls. Finally, for temporal orientation and coherence, results showed no effect of Group or Valence, although traumatic narratives tended to be more temporally oriented and slightly more coherent than positives ones.

Table 7.1. Comparisons between groups and narrative valence for narrative variables

Variables	Trauma-exposed Group (<i>n</i> = 50)				Control Group (<i>n</i> = 50)				<i>F</i> (1, 97)		
	Positive		Traumatic		Positive		Negative		Group	Valence	Group × Valence
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<i>LIWC categories</i>											
Affective processes	5.15	2.93	3.90	1.11	6.20	3.30	4.12	2.56	2.81	13.50***	1.04
Perceptual processes	3.69	2.21	3.81	1.28	2.94	2.11	2.67	1.61	10.74**	0.02	0.61
Cognitive processes	27.12	6.02	26.19	4.73	25.07	6.64	24.99	5.50	1.66	0.64	0.49
Present tense	7.53	4.20	5.92	2.71	6.20	4.18	5.05	3.17	3.16	0.26	0.35
First-person singular	7.66	2.67	6.87	2.11	6.58	3.45	5.98	3.02	3.78	0.14	0.04
<i>Coded categories</i>											
Emotional tone	1.41	0.80	3.07	0.68	1.05	0.71	2.68	0.67	6.20*	61.84***	0.24
Wealth of details	0.65	0.55	1.01	0.66	0.63	0.66	0.75	0.66	5.10*	9.04**	3.88
Spatial orientation	0.79	0.77	1.59	0.53	0.65	0.74	0.99	0.83	10.09**	8.99**	8.06**
Temporal orientation	0.77	0.70	1.19	0.69	0.77	0.70	1.01	0.81	1.56	0.13	1.74
Coherence	1.79	0.36	1.94	0.42	1.89	0.36	1.91	0.36	0.06	2.06	1.82

Note. *N* = 100. LIWC = Linguistic Inquiry and Word Count software.

p* < .05. *p* < .01. ****p* < .001.

7.5.3. Analysis of anxiety during disclosure and trauma centrality

There were significant differences between groups in the level of anxiety reported during disclosure ($Z = -4.76, p < .001$) and in the centrality of the negative versus traumatic event ($Z = -4.54, p < .001$). Mean anxiety scores were 72.45 ($SD = 29.03$) for the trauma-exposed group and 41.90 ($SD = 29.33$) for the controls, and for the CES, scores were 25.22 ($SD = 7.84$) and 17.42 ($SD = 7.84$), respectively.

When focusing on trauma narratives from the trauma-exposed participants, correlational analyses (see Table 7.2) showed that anxiety during disclosure was associated with an increased use of affective processes words, fewer perceptual processes, and a more negative emotional tone. Trauma centrality was significantly associated with emotional tone and also with the high use of first-person singular pronouns. Moreover, it should be noted that anxiety during disclosure and trauma centrality were directly associated with each other ($r = .33, p = .019$).

Table 7.2. *Correlations between trauma narrative variables and anxiety during disclosure and trauma centrality*

Variables	Anxiety during disclosure	Centrality (CES)
<i>LIWC categories</i>		
Affective processes	.35*	.25
Perceptual processes	-.31*	.00
Cognitive processes	.14	-.08
Present tense	-.00	.22
First-person singular	.14	.29*
<i>Coded categories</i>		
Emotional tone	.35*	.33*
Wealth of details	-.07	-.01
Spatial orientation	-.23	-.05

Variables	Anxiety during disclosure	Centrality (CES)
Temporal orientation	-.23	.14
Coherence	.02	.02

Note. $N = 50$. CES = Centrality of Event Scale; LIWC = Linguistic Inquiry and Word Count software.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

7.5.4. Narrative predictors of posttraumatic symptom severity

A linear regression model was used to determine how much of the variability in overall PTSD severity and in the different clusters of symptoms could be explained by narrative variables (see Table 7.3). Exploratory analyses were conducted, aiming to select only variables with significant correlations as potential predictors. Results showed that affective processes and emotional tone accounted for 22.7% of the variability in overall PTSD severity, although emotional tone did not contribute significantly to the model. Focusing on the different clusters of PTSD symptoms, affective processes and emotional tone emerged again as predictors of the intrusions' severity, as well as the use of present tense verbs, with 30.2% of explained variance. Moreover, high rates of affective processes and a more negative emotional tone, together with low levels of detail, predicted 25.8% of the variance in severity of avoidance symptoms. Affective processes were the only predictor for severity of negative cognitions and mood. Finally, arousal severity was predicted by affective processes and the use of first-person singular pronouns.

Table 7.3. Multiple linear regression analysis of posttraumatic symptoms

	β	t	p
<i>Overall PTSD symptoms^a</i>			
Affective processes	.40	3.03	.004
Emotional tone	.21	1.56	.125
Adjusted $R^2 = .23$			
$F(2, 46) = 8.06, p = .001$			

	β	t	p
<i>Intrusions</i>			
Affective processes	.28	2.29	.026
Present tense	.31	2.61	.012
Emotional tone	.30	2.41	.020
Adjusted $R^2 = .30$			
$F(3, 46) = 8.08, p < .001$			
<i>Avoidance^a</i>			
Affective processes	.27	2.09	.043
Emotional tone	.31	2.38	.022
Wealth of details	-.27	-2.18	.034
Adjusted $R^2 = .26$			
$F(3, 45) = 6.57, p = .001$			
<i>Negative cognitions and mood^a</i>			
Affective processes	.44	3.36	.002
Adjusted $R^2 = .18$			
$F(1, 47) = 11.28, p = .002$			
<i>Arousal^a</i>			
Affective processes	.32	2.38	.022
First-person singular	.29	2.21	.032
Adjusted $R^2 = .15$			
$F(2, 46) = 5.40, p = .008$			

Note. $N = 50$. PTSD = posttraumatic stress disorder.

^aOne participant had missing values, and thus the data on overall PTSD, avoidance, negative cognitions and mood, and arousal were calculated for 49 participants.

7.6. Discussion

This study assessed the characteristics of traumatic narratives by comparing them with narratives about other autobiographical memories, using operative language measures. Narrative skill was specifically controlled. Traumatic narratives were collected from a clinical sample of participants with high levels of PTSD, who were exposed to long-lasting traumatic situations. Hypotheses deriving from the two main contrasting views

in addressing traumatic memories and PTSD, the basic mechanisms and the special mechanisms view, were tested. Although the basic mechanisms view has gained prominence, there are few studies that have tested it in clinical samples and with narrative measures, and most of them have been conducted by the same research teams (e.g., Rubin, 2011; Rubin, Boals et al., 2008).

As expected, the results seem to confirm the assumption that traumatic memories do not depend on special mechanisms. First, we found that traumatic narratives were rich in detail and had high spatial orientation compared with distressful and positive narratives. Furthermore, trauma-exposed participants did not include more first-person singular pronouns or more affective processes words, but they did show a more negative tone, particularly when narrating their traumatic experience, and they tended to refer more to perceptual details than did controls. These findings provide some evidence in favor of high emotional and sensory reliving of traumatic memories. Additionally, trauma narratives were not sparse. In fact, they included high rates of cognitive processing words and were coherent. This is in line with previous results supporting the basic mechanisms view (e.g., Porter & Birt, 2001; Rubin, Boals et al., 2008).

When exploring the relationship between narrative variables and measures of emotional reactivity and trauma centrality, we found that anxiety during trauma disclosure was associated with an increase in affective processes and a more negative emotional tone. Gray and Lombardo (2001) suggested that anxiety experienced in a face-to-face disclosure, in contrast to written disclosure, might result in fragmented narratives and avoidance of details. Nonetheless, in this study, anxiety did not seem to affect the narrative quality, although it was related to fewer perceptual details. We can conclude that high arousal during recall may lead to increased emotional reliving, but not necessarily to decreased

orientation and narrative coherence. Regarding trauma centrality, a relationship was found between the use of “I” pronouns and negative emotional tone. Therefore, the impact of the event on autobiography and personal identity might result in highly self-referential and emotionally intense narratives.

Some linguistic variables of trauma narratives were associated with the development of posttraumatic symptoms. In contrast with the special mechanisms view, the severity of PTSD was not predicted by poor narrative coherence, orientation, or fewer cognitive process words. Instead, narrative variables related to anxiety during disclosure and trauma centrality had an important role in the results. In particular, affective content and emotional tone were recurring predictors. These findings are in the line with those of Rubin et al. (2004) regarding the link between PTSD symptoms and an increase in the reliving of voluntary memories. Rubin, Boals et al. (2008) note that the relationship between memory variables and PTSD could be in two possible directions. First, high symptoms could cause changes in traumatic memory, but certain memory features could also be predisposing conditions that facilitate PTSD. This is consistent with the assumption that individuals with high neuroticism and a tendency to react with strong negative affect and to magnify negative emotions will experience worse adjustment after trauma, likely because their negative memories are highly available (see Rubin, Berntsen et al., 2008). In this regard, participants who were more emotionally affected by the traumatic event and who developed more symptoms might show increased emotional reliving. In turn, women who tended to focus on their emotional states could have had a higher risk of developing PTSD when they experienced the event. Likewise, anxiety during disclosure could increase the probability of recovering emotional trauma information, but at the same time, anxiety could be sustained due to the availability of this information. Unfortunately, this study

does not allow for explorations of the causal relationships between memory and PTSD, but bidirectional effects are expected.

The highest percentage of explained variance was obtained for the severity of intrusions, which was predicted by some narrative aspects (i.e., emotional reliving and present tense verbs) that together reflected the immersive quality of traumatic memories. Hellawell and Brewin (2004) found that flashback sections of trauma narratives contained more sensory words and present tense verbs than ordinary sections. In this sense, we may suppose that aspects linked to reexperiencing trauma are specific to the narrative sections in which intrusive memories emerge. In this study, narratives were assessed as a whole and different sections were not identified, thus, no predictions could be made. However, all memories were voluntarily recovered, and we have no indication that any participants suffered intrusions during the narrative task.

The use of “I” pronouns emerged as a specific predictor of the severity of arousal. According to our hypothesis, this contradicts the assumption of an inability to establish a self-referential perspective in PTSD (Ehlers & Clark, 2000). On the contrary, and in line with centrality research, our findings are consistent with previous literature that relates self-involvement to negative feelings, depression, and anxiety (Pennebaker, Mehl, & Niederhoffer, 2003). Finally, the tendency to include fewer details in traumatic narratives predicted the severity of avoidance. It is not surprising that women who tended to suppress internal or external exposure to the traumatic event avoided including details when talking about it, despite experiencing intense emotional reliving of the event.

In brief, these findings provide some support for the basic mechanisms view. Narrative details reflecting a sense of emotional reliving and narrative immersion were present in trauma narratives and were related to PTSD, with specific predictors of severity

of different PTSD symptom clusters. Nonetheless, this study has some limitations. As noted, its cross-sectional design precludes causal inferences. Moreover, by including only survivors of repetitive violence in the trauma-exposed group, results cannot be generalized to trauma type I (e.g., assault survivors) or noninterpersonal traumas. Participants focused on only one event (i.e., their worst experience of violence), but this event occurred in a context of chronic trauma, in which they were exposed to several similar experiences. Furthermore, their aggressor was someone they loved. These unique conditions could have affected the centrality and availability of their traumatic memories. Also, although there were no significant differences between groups, traumatic events tended to be more recent than negative events in controls. Additionally, most trauma-exposed participants received psychological treatment (actually, only those who were emotionally able to face the study procedure were selected), and all of them were women. The effects of treatment and coping strategies as well as the relationship between gender and expressive language should be explored.

Despite these limitations, this study improves our comprehension of the nature of autobiographical memory of trauma, thereby furthering our understanding of PTSD. Our results could have clinical implications for selecting the most effective psychological interventions to treat and prevent posttraumatic symptoms. For example, therapies that involve repetitive exposure to traumatic memories could be useful to promote habituation. However, we believe that these therapies could be complemented with interventions that facilitate a higher availability of positive memories, thus promoting the construction of a personal identity beyond the experienced trauma.

7.7. References

- Beaudreau, S. A. (2007). Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment? *Journal of Traumatic Stress*, 20, 353–357. doi:10.1002/jts.20206.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219–231. doi:10.1016/j.brat.2005.01.009.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417–431. doi:10.1002/acp.1290.
- Boals, A. (2010). Events that have become central to identity: Gender differences in the centrality of events scale for positive and negative events. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 107–121. doi:10.1002/acp.1548.
- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15, 227–248. doi:10.1080/09658210701256423.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686. doi:10.1037/0033-295X.103.4.670.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 149–156. doi:10.1037/tra0000041.
- Crespo, M., & Gómez, M. M. (2012). *EGEP. Evaluación global de estrés postraumático* [Global Assessment of Posttraumatic Stress Scale]. Madrid: TEA Ediciones.

- Crespo, M., Gómez, M. M., & Soberón, C. (2017). *EGEP-5: Adaptación al DSM-5 de la Escala de Evaluación Global del Estrés Postraumático* [DSM-5 adaptation of Global Assessment of Posttraumatic Stress Scale]. Madrid: TEA Ediciones.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo M. (2015). Narrative length and speech rate in battered women. *PLoS ONE*, 10(11):e0142651. doi:10.1371/journal.pone.0142651.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (in press). Presentation of the coding and assessment system for narrative of trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses. *Spanish Journal of Psychology*.
- Freer, B. D., Whitt-Woosley, A., & Sprang, G. (2010). Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and Victims*, 25, 742–754. doi:10.1891/0886-6708.25.6.742
- Gray, M. J., & Lombardo, T. W. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S171–S186. doi:10.1002/acp.840.
- Hellawell, S. J., & Brewin, C. R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: Content and language. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1–12. doi:10.1016/S0005-7967(03)00088-3.
- Jelinek, L., Stockbauer, C., Randjbar, S., Kellner, M., Ehling, T., & Moritz, S. (2010). Characteristics and organization of the worst moment of trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 680–685. doi:10.1016/j.brat.2010.03.014.

- Kensinger, E. A., & Schacter, D. L. (2008). Memory and emotion. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 601–617). New York, NY: Guilford Press.
- Klein, I., & Janoff-Bulman, R. (1996). Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20, 45–54. doi:10.1016/0145-2134(95)00114-X.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J., Bell, I., Tharan, M., & Tromp, S. (1996). Traumatic memory characteristics: A cross-validated mediational model of response to rape among employed women. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 421–432. doi:10.1037/0021-843X.105.3.421.
- O’Kearney, R., Hunt, A., & Wallace, N. (2011). Integration and organization of trauma memories and posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 716–725. doi:10.1002/jts.20690.
- O’Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81–93. doi:10.1002/jts.20099.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Booth, R. J. (2001). *Linguistic inquiry and word count*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual Review of Psychology*, 54, 547–577. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145041.
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S101–S117. doi:10.1002/acp.766.
- Ramírez-Esparza, N., Pennebaker, J. W., García, A. F., & Suriá, R. (2007). La psicología del uso de las palabras: un programa de computadora que analiza textos en español

[The psychology of word use: A computer program that analyzes texts in Spanish].
Revista Mexicana de Psicología, 24, 85–99.

Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 465–472. doi:10.1037/a0035169.

Rubin, D. C. (2011). The coherence of memories for trauma: Evidence from posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition*, 20, 857–865. doi:10.1016/j.concog.2010.03.018.

Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985–1011. doi:10.1037/a0013397.

Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 591–614. doi:10.1037/a0013165.

Rubin, D. C., Deffler, S. A., Ogle, C. M., Dowell, N. M., Graesser, A. C., & Beckham, J. C. (2016). Participant, rater, and computer measures of coherence in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 11–25. doi:10.1037/abn0000126.

Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions, and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 17–35. doi:10.1002/acp.950.

van der Kolk, B., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525. doi:10.1002/jts.2490080402.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale* (3rd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

PUBLICACIÓN 4: ESTUDIO EMPÍRICO 3

PRESENTATION OF THE CODING AND ASSESSMENT SYSTEM FOR
NARRATIVES OF TRAUMA (CASNOT): APPLICATION IN SPANISH
BATTERED WOMEN AND PRELIMINARY ANALYSES

*[Presentación del sistema de codificación y evaluación para narrativas del trauma
(CASNOT): aplicación en mujeres maltratadas españolas y análisis preliminares]*

En Fernández-Lansac y Crespo (in press). *Spanish Journal of Psychology*.

8. PUBLICACIÓN 4. ESTUDIO EMPÍRICO 3. PRESENTATION OF THE CODING AND ASSESSMENT SYSTEM FOR NARRATIVES OF TRAUMA (CASNOT): APPLICATION IN SPANISH BATTERED WOMEN AND PRELIMINARY ANALYSES

8.1. Resumen

Este estudio presenta un nuevo sistema de codificación, el Sistema de Codificación y Evaluación para Narrativas del Trauma (CASNOT), para la valoración de diversos dominios del lenguaje en narrativas de recuerdos autobiográficos, especialmente en narrativas traumáticas. Se describe el desarrollo del sistema de codificación. Este sistema fue aplicado para evaluar narrativas positivas y traumáticas/negativas en 50 mujeres maltratadas (grupo expuesto al trauma) y en 50 mujeres no expuestas al trauma (grupo control). Tres evaluadores ciegos codificaron cada narrativa. Se realizaron análisis de fiabilidad inter-jueces para las categorías (coeficientes K_{libre} para múltiples evaluadores) y dimensiones (coeficientes de correlación intraclass) que integraron el CASNOT. Se encontraron altos niveles de acuerdo inter-jueces para la mayoría de los dominios del lenguaje. Las categorías que no alcanzaron la fiabilidad esperada fueron fundamentalmente aquellas relativas a procesos cognitivos, lo cual refleja las dificultades para operativizar constructos tales como la falta de control o indefensión, el control o planificación, y la racionalización o elaboración del recuerdo. Se debaten las aplicaciones y limitaciones del CASNOT en orden de mejorar las medidas para evaluar las memorias autobiográficas.

Palabras clave: sistema de codificación, memoria autobiográfica, narrativa traumática, dominio del lenguaje, análisis de contenido temático basado en jueces.

8.2. Abstract

This study introduces a new coding system, the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT), to analyse several language domains in narratives of autobiographical memories, especially in trauma narratives. The development of the coding system is described. It was applied to assess positive and traumatic/negative narratives in 50 battered women (trauma-exposed group) and 50 nontrauma-exposed women (control group). Three blind raters coded each narrative. Inter-rater reliability analyses were conducted for the CASNOT language categories (multirater K_{free} coefficients) and dimensions (intraclass correlation coefficients). High levels of inter-rater agreement were found for most of the language domains. Categories that did not reach the expected reliability were mainly those related to cognitive processes, which reflects difficulties in operationalizing constructs such as lack of control or helplessness, control or planning, and rationalization or memory elaboration. Applications and limitations of the CASNOT are discussed to enhance narrative measures for autobiographical memories.

Keywords: coding system, autobiographical memory, traumatic narrative, language domain, judge-based thematic content analyses.

8.3. Introduction

The language that we use shapes our perceptions and our way of thinking and facing life. Therefore, language is a window to the cognitive and emotional world of individuals and communities (Pennebaker, Chung, Ireland, Gonzales, & Booth, 2007). In psychology, the analysis of language is considered to be the main tool to access the patient's subjectivity; and narrative research has studied the relationships between language use and mental experiences, with particular attention to the linguistic elements involved in identity construction (see Forgas, Vincze, & László, 2014). Consequently, many analysis methods have been developed in order to assess a great number of linguistic aspects, or language domains, in narratives related to psychological processes.

8.3.1. General approaches in the study of language

Given the complexity of language, early narrative research aimed to explore the meaning of texts or utterances in context, by employing *qualitative approaches* (Forgas et al., 2014; Pennebaker, Mehl, & Niederhoffer, 2003). Overall, qualitative research encompasses a wide range of methods whose primary objective is to capture the particular characteristics of human experience through an intensive exploration of the individual reality (Polkinghorne, 2005). Qualitative methods are unique in its flexibility and capacity to capture complex meanings; however, they usually involved a small sample of participants, can be time-consuming, and are often considered to have an inappropriate lack of scientist rigour (Griffin, 2004). Because of these limitations, more recent approaches to language study have sought to use quantitative forms of text analyses (see Popping, 2000). *Quantitative approaches* are based on computerized counts, statistical analyses, and classification of words; and can be more efficient and easy-to-use tools to evaluate narratives at both thematic and semantic levels (Mehl, 2006).

Among quantitative approaches, computerized text analysis methods are becoming increasingly popular. These can be categorized into *word pattern analyses* and *word count strategies* (see Chung & Pennebaker, 2011; Pennebaker et al., 2003). Word pattern analyses explore how words covary across texts by employing a “bottom-up” strategy. For example, the Latent Semantic Analysis (LSA) (e.g., Foltz, 1996) measures the semantic similarity between two texts by identifying relationships between the terms used. On the other hand, word count strategies offer information about the frequency in which categories of words are used in a text or narrative. Some examples are the General Inquirer, created by Stone’s team in the 1960s (Stone, Dunphy, Smith, & Ogilvie, 1966), and the Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) by Pennebaker, Francis, and Booth (2001), which is currently the most extensively used. The LIWC uses an external dictionary to calculate the percentage of words within a text that belong to several language domains, such as affective processes, cognitive mechanisms, and references to the past, present, and future. It has been proven useful to detect linguistic patterns associated to a great amount of psychological and social dimensions, but like other computer programs it has the disadvantage of being independent of the semantic context of language (see Pennebaker et al, 2003; Tausczik & Pennebaker, 2010).

A third approach, the *judge-based thematic content analyses*, straddles the border between quantitative and qualitative approaches. It is typically based on the assessment by trained raters of the presence in a text of critical themes, using language categories (usually scored as presence/absence) and language dimensions (scored in numerical scales) previously determined in established coding system (Smith, 2000). A paradigmatic example of this approach is the Thematic Apperception Test (TAT) by Morgan and Murray (1935), for which coding systems have been developed to identify different themes

(e.g., need for achievement or power) in histories elaborated by participants about ambiguous pictures. In the same way, several thematic content analyses have been applied in various areas of behaviour and social sciences (see Smith, 1992). The main advantage of this kind of analysis is that, although it allows to handle quantitative data, captures better than quantitative approaches the complexity and contextual organization of human experience (see Smith, 2000). Also, inter-rater comparisons provide the opportunity to explore the reliability of the coding system, to examine its clarity and, if necessary, to revise theoretical bases and operational definitions (Joffe & Yardley, 2004). However, judge-based thematic content analyses have been criticised by proponents of computerized text analyses, arguing that they are highly consuming of time and effort, and are not free of subjective biases (e.g., Chung & Pennebaker, 2011).

8.3.2. *Language analyses of traumatic narratives*

One of the most common applications of language analysis, from both qualitative and quantitative approaches, is the study of autobiographical memories in clinical contexts, and, more specifically, the study of trauma memories. Papini, Yoon, Rubin, López-Castro, and Hien (2015) state that “in the aftermath of trauma, language provides a distinct window into how survivors process unfathomable events” (Papini et al., 2015, p. 295). Consequently, several linguistic measures have been used to explore structural and content features of narratives about traumatic experiences in order to assess differential linguistic elements related to the adaptation after trauma and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) (e.g., Dekel & Bonanno, 2013; Eid, Johnsen, & Saus, 2005; see Crespo & Fernández-Lansac, 2016; O’Kearney & Perrott, 2006).

In most cases, narrative studies about trauma have been based on both qualitative and judge-based thematic content analyses, which have addressed a mix of language

domains related to the memory content. In the earliest studies, researchers attempted to identify recurrent topics or themes among trauma memories. For example, Lisak (1994) analysed transcribed interviews by 26 male survivors of childhood sexual abuse according to 15 psychological themes, such as anger, fear, shame and humiliation, betrayal, isolation and alienation, and negative schemas about the self. Other studies have explored the presence of linguistic elements of coherence, finding meaning, self-evaluation, appraisal or coping behaviours, as well as changes in the emotional expression along therapy in trauma narratives (e.g., Murray, Lamnin, & Carver, 1989; Tuval-Mashiach et al., 2004). Additionally, different coding systems have been developed to assess a great number of language categories and dimensions such as emotional valence (e.g., Sutherland & Bryant, 2005); autonomous orientation, other/self ratio, interaction scenario, reflective comments, memory specificity, and self-defining memories (e.g., Jobson & O’Kearney, 2006; Sutherland & Bryant, 2005); perceptual vs. conceptual memory representations (e.g., Buck, Kindt, van den Hout, Steens, & Linders, 2007); dissociation and confusion (e.g., Jones, Harvey, & Brewin, 2007); and vividness and sense of reliving (e.g., Hagenaars, van Minnen, & Hoogduin, 2009).

With regard to the narrative structure, trauma research has mainly focus on the assessment of fragmentation or narrative coherence, because an inability to construct an organized narrative has been traditionally linked to PTSD (e.g., Ehlers & Clark, 2000; Foa & Riggs, 1993). Therefore, complex coding systems have been also developed to quantify heterogeneous indicators of narrative fragmentation, such as repetitions or unfinished thoughts (e.g., Foa, Molnar, & Cashman, 1995), or to obtain total scores for disorganization and coherence (e.g., Freer, Whitt-Woosley, & Sprang, 2010; Hagenaars et al., 2009; Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003).

Finally, together with both qualitative and judge-based thematic content analyses, the use of computerized programs (especially, the LIWC) is making headway in traumatic narrative research. In last years, several researchers have explored a number of LIWC domains that have proved to reveal important information about the psychological processes involved in memory elaboration and trauma adaptation (i.e., affective, cognitive, and sensory/perceptual processes, among others), sometimes including additional strategies for thematic content analysis (e.g., D'Andrea, Chiu, Casas, & Deldin, 2012; Römisch, Leban, Habermas, & Döll-Hentschker, 2014).

In sum, narrative research of traumatic memories has combined quantitative and qualitative approaches to assess a broad range of language domains in traumatic narratives. Since both approaches present limitations, the adequacy of the methodology depends on the researcher's objectives. Computerized text analyses can be powerful tools, especially for large samples. Nonetheless, we consider that a comprehensive understanding of the trauma experience needs to take into account the context in which language is produced. For this reason, trauma research needs to incorporate judge-based thematic content strategies, as supported by previous literature (see Crespo & Fernández-Lansac, 2016). To further investigate the main processes related to autobiographical memory construction and trauma elaboration, it is necessary to advance in the development of efficient coding systems that integrate the most important language domains identified in trauma research. These systems should be reliable enough to ensure a minimization of researcher's subjective biases, and should be generalizable to narratives of different memories and participant's samples.

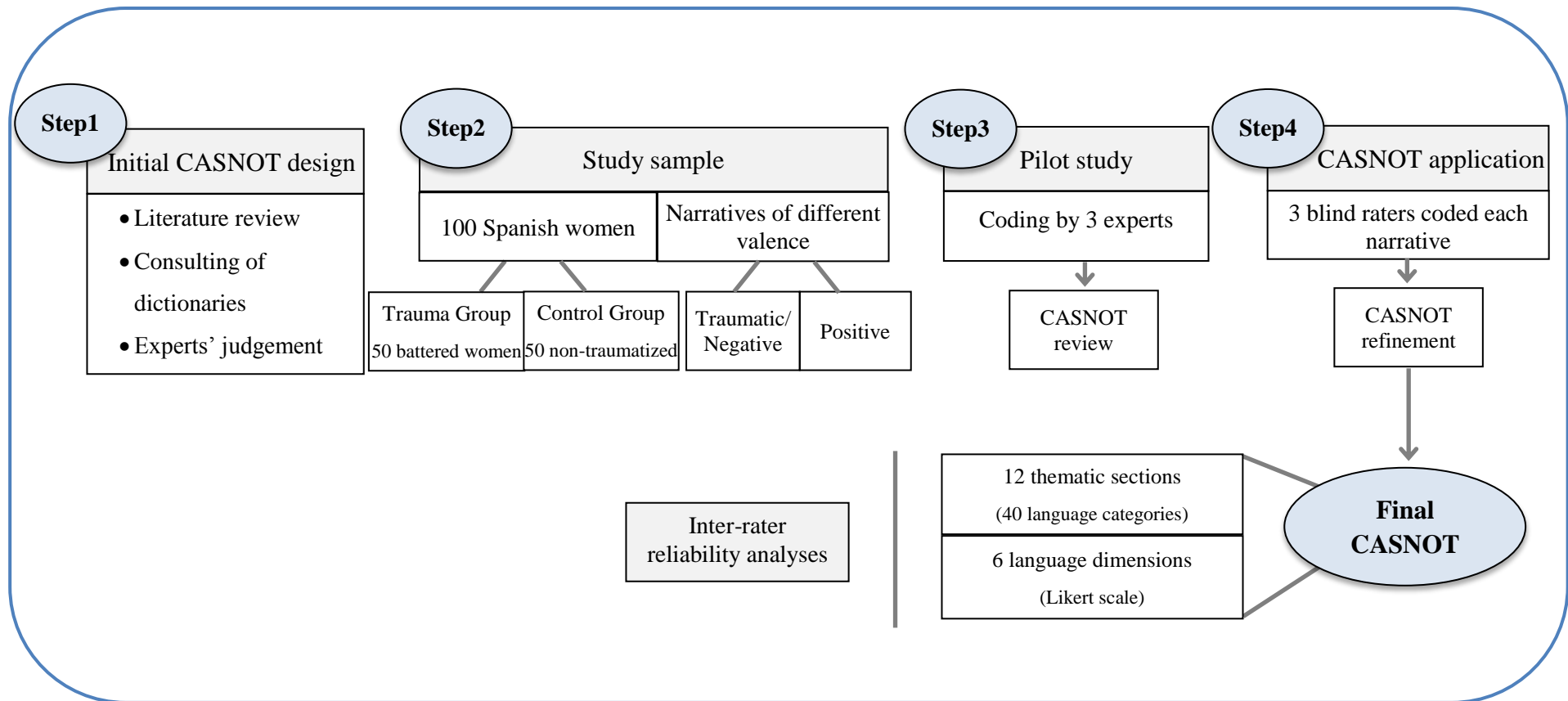
8.3.3. *The present study*

The objective of the present study is to introduce an operative coding system, the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT), that has been designed to evaluate a wide range of linguistic aspects in narratives in Spanish. This system relies on a judge-based thematic content approach aiming to assess the language use in context; and integrates the most relevant language domains identified in memory and trauma research. It seeks to be an easy, efficient, and reliable tool for language analysis in both autobiographical and traumatic narratives.

In order to explore the CASNOT properties, it was applied to assess autobiographical narratives with high emotional content (*positive* and *traumatic/negative*) using two different samples: 50 Spanish battered women (*trauma-exposed group*) and 50 Spanish nontrauma-exposed women (*control group*). In this paper we present the development of the CASNOT and provide information about its reliability coefficients.

8.4. Development of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT)

The development and application of the CASNOT was carried out through a series of consecutive but interactive steps according to the recommendations for the design of judge-based thematic content analyses and coding systems in social and clinical psychology (e.g., Bartholomew, Henderson, & Marcia, 2000; Chorney, McMurtry, Chambers, & Bakeman, 2015; Krippendorff, 2004; Smith, 2000). The tasks involved in developing the CASNOT are summarized in Figure 8.1 and will be described in detail in the following sections.

Fig. 8.1. Steps in developing and implementing the CASNOT

8.4.1. CASNOT design: Initial version

To select the linguistic domains to include in the CASNOT, we conducted an extensive literature review of previous studies that have used methods for language analyses to explore the content and structure of traumatic memories (see Crespo & Fernández-Lansac, 2016). Particular attention was paid to the existing judge-based thematic strategies developed to date in the trauma narrative area, and to the authors' suggestions for the future improvement of coding systems. LIWC domains traditionally explored in trauma research (e.g., affective processes, cognitive mechanisms, sensory/perceptual processes) were considered also as relevant issues to include. In addition, three psychologists with expertise in PTSD and psychotraumatology assessed the proposed choice of language domains according to its significance for the study of autobiographical memories and trauma research.

For the operationalization of each domain, three information sources were consulted: (a) descriptions provided in the previous literature to define psychological processes linked to traumatic memories, (b) standard definitions provided in commonly used dictionaries (e.g., Dictionary of the Royal Academy of Spanish Language –Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, RAE, in Spanish–; WordReference, synonym dictionaries), and (c) the judgement of the three PTSD experts involved in the language domains selection. The aim was to incorporate common and broadly understandable variable' descriptions. Moreover, according to the recommendations by Bartholomew et al. (2000), these variables must be sufficiently detailed for its identification but abstract enough to be applicable to different types of narratives.

As a result of this process, a preliminary coding system was developed for language analysis of autobiographical memories. It was designed to be applied by trained raters using both audio and transcribed versions of the participants' narratives. As detailed in instructions, raters should identify along the narratives the presence of utterances or language expressions that implied the experiencing of different emotions, sensations, and psychological processes (*categories*). Also, raters should evaluate the degree or intensity of various language domains (*dimensions*). Specifically, the initial CASNOT assessed both structural and content narrative aspects according to: (a) 11 thematic sections composed by 43 language categories (i.e., a section could be comprised of more than one category) that represented discrete dichotomous variables (present vs. absent) (e.g., raters should identify the presence or absence of the “sadness” category, belonging to the “emotional processes” section); and (b) 8 language dimensions that implied a global evaluation of the whole narrative into an analogical Likert-type scale (e.g., raters should assess the emotional tone of the overall narrative in a continuous from 0 = *completely positive* to 4 = *completely negative*). Categories were not mutually exclusive; that is, the same language expression could be coded in different categories. The CASNOT encompassed an application handbook (with detailed instructions, and operational definitions and several examples for each category and dimension) and a number of record sheets.

8.4.2. Final version of the CASNOT

8.4.2.1. Pilot study

The three PTSD experts involved in the initial CASNOT design were trained and applied it to evaluate each set of narratives (positive, and traumatic or negative) by six participants from the study sample (three from the trauma-exposed group and three from the control group) (the study sample is further described below). Narratives were randomly

selected and were constant for the three raters. Raters were blind to the study objectives and to the other judges' assessments. In addition to the coding system, raters received a feedback form to assess the clarity of the instructions and operational definitions of categories and dimensions, identifying any problem during the task and suggesting potential language domains to include or remove. The three raters and the lead researchers met to discuss any disagreement to reach consensus about which categories and dimensions captured the narrative content and to refine its definitions. Feedback from the raters resulted in a slight reduction of the number of categories (from 43 to 41), although the total number of thematic sections as well as the number of dimensions remained the same.

8.4.2.2. CASNOT application and refinement

Subsequent application of the CASNOT was carried out in two phases. In a first phase, thirteen blind raters participated. All of them were graduated Psychology students and underwent intensive training in the use of the CASNOT. As part of this training, they had to use the system in a test application. Then, the difficulties encountered were solved, and narratives from the trauma-exposed and control groups were randomly assigned to the raters. Each set of narratives (that is, positive and traumatic/negative narratives by the same participant) was coded by three different raters. Raters received approximately half of narratives from the trauma-exposed group and half from the control group (i.e., 23-24 narrative sets), distributed in three batches. Each rater received both the audio and the transcribed version of the narratives to assess, as well as the CASNOT manual and several record sheets. The order of positive and traumatic/negative narrative for each participant was set randomly and marked on the corresponding record sheet. Narratives were

identified with numerical codes to ensure participants' anonymity, and raters signed a confidentiality commitment.

The CASNOT application was conducted between February and May 2015. Weekly meetings were established, where raters shared their difficulties and doubts. Subsequently, a further CASNOT refinement was carried out to rewrite operational definitions for problematic variables (i.e., variables with poor inter-rater reliability values according to criteria described in the data analysis section). To conduct this refinement, the three experts involved in the pilot study met with the lead researchers to reach a consensus about the changes to be made. Specifically, language categories related to the “cognitive processes” section were the most problematic and, therefore, needed to be redefined in depth. In addition, the “integration” section, composed of only one category related to the impact of the event, replaced the initial “centrality” section, composed of different categories that reflected positive and negative changes in the perception of oneself, the world, and others. Among language dimensions, “wealth of details” was redefined, and “structure” and “coherence” were integrated into a single coherence dimension. Finally, “specificity”, previously a dimension, was treated as a thematic section, which comprised four different categories. The redefined language categories and dimensions were tested in a second application phase (from December 2015 to January 2016), in which nine out of the thirteen initial raters participated. After a training session, narratives were randomly distributed among raters to recode only the refined categories and dimensions.

The final CASNOT version consisted of: (a) 40 dichotomous language categories, distributed in 12 thematic sections (see Table 8.1); and (b) 6 continuous language dimensions (see Table 8.2). Among categories, only those that belonged to the

“specificity” section were mutually exclusive. A detailed description of the CASNOT categories and dimensions can be seen in the Appendix¹.

8.5. Reliability of the CASNOT

8.5.1. Method

8.5.1.1. Study sample

The sample ($n = 100$) consisted of 50 battered women (trauma-exposed group) (ages 21-60) recruited through clinics and centres for assistance to women in the Madrid area (Spain), and 50 nontrauma-exposed women (control group) (ages 20-73) from the general population. All of the participants were fluent in Spanish. Women from the trauma-exposed group had experienced violence from their intimate partner for at least 1 month. Further details about the sample have been previously published (Fernández-Lansac & Crespo, 2015).

8.5.1.2. Procedure

Trauma-exposed participants were asked to narrate their most distressing episode of abuse (traumatic event), and control group participants their most stressful life event (negative event). Both groups also described the happiest event of their lives (positive event). Previously, to familiarize the participants with the narrative task, they had to narrate a normal day in their life as a neutral event. The instructions were as follows:

Please tell me about your daily activities for today/the happiest event/the worst event (or worst episode of violence). Tell me as you remember it, in the most detailed way possible. I would like you to tell me what happened just as it occurs in your mind. Tell me like I was a friend, and try to describe

¹ Application handbook and record sheets of the final Spanish version of CASNOT are freely available from the authors upon request.

everything that you can remember: what took place, what you did, what you felt, what you thought... During your description, I will not interrupt you. You can say whatever you want, with absolute freedom, and you can take as much time as you need. We will start and finish whenever you want.

The order of episodes (traumatic/negative and positive) was randomly counterbalanced across participants, although the neutral narrative was always the first. Narratives were uninterrupted, audio-recorded, and then transcribed verbatim. This procedure was previously tested in a pilot study ($n = 5$).

The first author interviewed all of the women from the trauma-exposed group. Women from the control group were interviewed by female Master's psychology students, who were intensively trained for this purpose. Participation in the study was voluntary and was carried out after participants were informed about the procedure and data confidentiality, and after their written consent was obtained. The Ethics Committee of the university approved this study.

Within the trauma-exposed group, 62.0% of the women had experienced physical aggressions in the worst episode of abuse (i.e., traumatic event), 12.0% sexual abuse, and all of them psychological abuse (100.0%). The control group selected as the worst life events the loved one's death (58.0%) or illness (16.0%), an experience of family abuse (6.0%), or job problems (4.0%), among others. Positive events that were selected included the pregnancy or birth of a child (50.0% of trauma-exposed group participants and 32.0% of controls), a happy moment shared with children or other loved ones (28.0% and 16.0%, respectively), the wedding day (4.0% and 10.0%), or a professional or academic achievement (2.0% and 22.0%). Among the trauma-exposed participants, 8.0% of them selected as their happiest moment the separation or divorce from their abuser.

8.5.2. Data analysis

SPSS version 20 was used to perform statistical analysis. Because three independent raters coded each narrative, final scores were calculated using the mean for language dimensions (continuous variables), and the score (0 for absence and 1 for presence) most commonly assigned for language categories (i.e. final score assigned to a category was based on the score by at least two raters).

To explore psychometric properties of the CASNOT, three inter-rater reliability measures were used for both positive [P (+)] and negative or traumatic narratives [T/N (-)], separately. First, exploratory analyses were conducted to assess the percentage of absolute agreements for language categories. Absolute agreement was defined as the percentage of times that the three raters provided identical evaluations (i.e., 0 or 1) divided by the total number of ratings.

Second, the Free-marginal Multirater Kappa (multirater K_{free}) (Randolph, 2005) was also calculated for each of the language categories. The multirater K_{free} is an alternative to Fleiss's Kappa, a variant of Cohen's Kappa, which is a chance-adjusted index of agreement for nominal variables and any number of raters (Fleiss, 1971). Since Fleiss' Kappa is affected by prevalence, low kappa and high inter-rater agreement could paradoxically occur. Alternatively, multirater K_{free} is appropriate for studies that have free-marginal distributions, such as the present study, in which there are no restrictions in the distribution of judgements over categories. Values of kappa range from -1.0 (perfect disagreement) to 1.0 (perfect agreement about chance). According to Landis and Koch (1977), kappa coefficients above .40 are considered acceptable, and values above .75 are considered excellent.

Finally, inter-rater reliabilities for language dimensions were calculated using one-way random, average-measures Intraclass Correlation Coefficients (ICC) for both P (+) and T/N (-) narratives. ICC is suitable for ordinal and interval ratio variables and for two or more raters (Shrout & Fleiss, 1979). Cicchetti (1994) cutoffs were adopted, with values above .40 considered to be fair, values between .60 and .74 considered to be good, and values above .75 considered to be excellent. It should be note that usually in narrative studies greater reliability values are expected, however some authors claim that no language assessment method can reliably capture psychological qualities at rates higher than 80.0% (e.g., Chung & Pennebaker, 2011).

8.5.3. Results

Overall, the percentage of absolute agreement for language categories was 78.2%. Considering both P (+) and T/N (-) narratives together, absolute agreement was 79.2% for “emotional processes”, 84.5% for “bodily states and symptoms”, 73.3% for “sensory/perceptual processes”, 63.2% for “cognitive processes”, 74.0% for “references to other people”, 86.0% for “self-evaluations”, 89.0% for “meaning”, 64.5% for “integration”, 90.5% for “overcoming”, 70.5% for “memory consistency”, 86.6% for “other aspects”, and 76.7% for “event specificity”. Absolute agreement was in general lower for T/N (-) narratives than for P (+) narratives. For T/N (-) and P (+) narratives, the percentage of identical ratings was 73.4% and 82.1%, respectively. Additionally, by comparing scores for trauma-exposed and control groups, raters showed a lower agreement when assessing trauma narratives. Absolute agreement was 69.7% for T (-) narratives and 77.2% for N (-) narratives.

Table 8.1 shows the multirater K_{free} coefficients (Kappa) for all of the language categories, and Table 8.2 the ICCs for the language dimensions. As displayed in Table 8.1, raters achieved acceptable to excellent levels of agreement for most of the categories in both P (+) and T/N (-) narratives. Kappa coefficients were less than .40 only for the residual “other negative emotions” category and for the categories included in the “cognitive processes” section. However, the analyses showed that agreement in “other negative emotions” was poor only when raters coded T/N (-) narratives but not when they coded P (+). To examine whether inter-rater reliability for this category was affected by the group (trauma-exposed vs. control), kappa coefficients were calculated separately for T (-) and N (-) narratives. Unfortunately, the results showed that values were poor for narratives from both groups; kappa was .23 for T (-) narratives and .36 for N (-) narratives. Regarding the “cognitive processes” section, agreement between raters was satisfactory when assessing “lack of control/helplessness” and “control/planning” categories for narratives from the control group: kappa values were .25 for T (-) and .49 for N (-) for “lack of control/helplessness”, and .28 and .47, respectively, for “control/planning”. Nevertheless, agreement for “rationalization/elaboration” was unsatisfactory for both groups: kappa coefficients were .31 for T (-) and .25 for N (-).

Table 8.1. *Inter-rater reliability of the CASNOT language categories (n = 100)*

Section	Category	Kappa	
		P (+)	T/N (-)
Emotional processes	Sadness	.89	.51
	Fear	.93	.71
	Guilt	.97	.77
	Humiliation/Shame	.96	.69
	Anger towards oneself	.99	.81
	Anger outward	.99	.68

Section	Category	Kappa	
		P (+)	T/N (-)
Emotional processes (cont.)	Other negative emotions	.72	.29
	Positive emotions	.85	.71
	Surprise	.68	.44
	Empathy/Concern for the aggressor	---	.69
	Empathy/Concern for other/s	.44	.47
Bodily states and symptoms	Anxiety	.93	.81
	Bodily states	.69	.51
	Dissociative experiences	.99	.83
Sensory/perceptual processes	Visual perception	.69	.52
	Auditory perception	.79	.45
	Other sensations	.71	.71
Cognitive processes	Lack of control/Helplessness	.77	.37
	Control/Planning	.81	.37
	Insight	.63	.48
	Rationalization/Elaboration	.36	.28
References to other people	Social support	.48	.53
	Lack of social support	.92	.68
Self-evaluations	Negative self-evaluation	.93	.71
	Positive self-evaluation	.75	.87
Meaning	Spirituality	.96	.85
	Meaning	.84	.76
Integration	Impact	.56	.49
Overcoming	Overcoming/Hope	---	.83
	Forgiveness	---	.92
Memory consistency	Uncertainty	.73	.52
	Certainty	.61	.56
Other aspects	Threats to physical integrity or life	.95	.65
	Other references to death	.93	.60
	Escapes/avoidance	.95	.84
	Allusions to the negative event	.83	---

Section	Category	Kappa	
		P (+)	T/N (-)
Specificity	Extended event	.64	.43
	Categorical event	.72	.97
	Different specific events	.79	.81
	One specific event	.65	.51

Note: P (+) = positive narratives; T/N (-) = traumatic/negative narratives.

The categories empathy/concern for the aggressor, overcoming/hope, and forgiveness only were assessed in traumatic/negative narratives; the category allusions to the negative event only was assessed in positive narratives.

Finally, as shown in Table 8.2, the ICCs of all of the language dimensions, for both P (+) and T/N (-) narratives, were above .50, indicating at least a moderate inter-rater agreement. Moreover, values were good for most of the dimensions, and excellent or almost excellent for “emotional tone” and “spatial” and “temporal orientation”.

Table 8.2. *Inter-rater reliability of the CASNOT language dimensions (n = 100)*

Dimension	ICC	
	P (+)	T/N (-)
Emotional tone	.70	.75
Emotional valence	.53	.60
Wealth of details	.61	.56
Spatial orientation	.85	.78
Temporal orientation	.76	.69
Coherence	.56	.60

Note: P (+) = positive narratives; T/N (-) = traumatic/negative narratives.

8.6. Discussion

The present study proposes an innovative and comprehensive coding system for analysing several structural and content aspects of narratives about autobiographical experiences, which is especially recommended for the assessment of traumatic memories. This coding system, named CASNOT, relies on the judge-based thematic content analysis.

Therefore, it allows exploration of a wide range of linguistic domains within the natural language context, but like methods based on quantitative approaches seeks to be an efficient and reliable tool for narrative analysis. Since the CASNOT includes a great number of language categories and dimensions related to psychological processes, it would be potentially useful in research and in clinical psychology; it can be adapted to the specific requirements of researchers and clinicians, and could become a reference for language coding systems in other idioms.

The need to develop operative and integrative measures to evaluate narrative content and structure has been a recurrent challenge in the study of autobiographical memories and trauma research. For example, some authors have noted that a mix of criteria to define narrative organization prevents definitive conclusions about the hypothesized fragmentation of traumatic memories, and terms such as coherence or cohesion are often confused (see Crespo & Fernández-Lansac, 2016; O’Kearney & Perrot, 2006). To select and define the language categories and dimensions of the CASNOT, we have taken into account authors’ recommendations aiming to establish a solid and unified theoretical framework. However, one of our primary objectives has been to capture shared and common meanings (i.e., it addresses the typical way in which language is understood in its context). This goal has prevailed in the decision-making processes. For instance, we initially introduced two separate fragmentation dimensions (i.e., coherence and structure) in response to the researchers’ concerns. Nevertheless, after noticing the difficulties encountered by raters in distinguishing between these two dimensions, a single coherence dimension that integrated both constructs was created. In the same way, other overlapping constructs have been integrated in order to minimize discrepancies and to adopt helpful and operational definitions. On the other hand, due to the great complexity in measuring

narrative aspects, dichotomous values were considered to be a good option to assess language categories, since they reduce the risk of subjective bias, and the time and effort to invest in the application of the system.

The development of the CASNOT followed a series of consecutive steps to guarantee its reliability and applicability. First, together with an extended literature review, we consulted a wide variety of information resources, including experts' views. In addition, regular meetings with raters were set up to discuss any application problems and to collect any suggestions for improvement. This strategy has helped to reach an in-depth understanding of the coding system in all of our researchers, to refine the operationalization of categories and dimensions, and to ensure the standardization of the coding procedures. Second, the CASNOT has been applied on a clinical sample composed of battered women who were exposed to long lasting traumatic experiences. Further, a control group was established, and the coding system was tested on narratives about highly intense autobiographical memories with different emotional valence. Finally, inter-rater agreement analyses have been crucial to ensure the reliability of the coding system. Because agreement coefficients were provided for all the language categories and dimensions separately, and according to different narratives, data point which specific domains are more prone to subjective bias and are less generalizable to distinct types of narratives.

Results showed that the vast majority of categories and dimensions that composed the CASNOT were sufficiently reliable. Exceptions were the categories related to the identification of "other negative emotions" and of several cognitive processes (e.g, processes that reflect lack of control or helplessness feelings, or rationalization or elaboration of traumatic memories). Regarding the former, results are not surprising

because it includes negative emotions that were not addressed in the previously established emotion categories; actually, “other negative emotions” is a residual category that could act as a catchall. On the other hand, identifying the presence of different cognitive processes is likely the most difficult task for the raters. Cognitive processing words have been considered to reveal narrative aspects related to conceptual organization, but language measures have often failed in capturing these processes involved in the memory construction. For example, the LIWC makes no distinction between language expressions that indicate understanding (i.e., organized thoughts) and confusion (i.e., disorganized thoughts) (Jelinek et al, 2010). Because we analysed language use in its natural context, our goal was to determine which specific thoughts emerge in trauma narratives, paying attention to cognitive processes that reflect attempts to cope with and understand the traumatic situation. In the first application phase of the CASNOT, categories from the “cognitive processes” section obtained low levels of agreement among raters and were consequently redefined. Specifically, categories such as lack of control and helplessness should merge, and categories related to internal and external attributions should be removed. Nonetheless, cognitive processes remained the most problematic section even after refinement. This result evidences the difficulty in capturing cognitive processes via narrative analysis because they refer to complex constructs and are less familiar to external raters than other language domains. Future efforts should aim to provide more operational definitions for the different cognitive processes, even though this proposal is a good starting point for further developing of improved narrative measures.

Notwithstanding its contributions, the present study has some limitations. First, despite the above-mentioned advantages, the use of dichotomous variables for language categories provides restricted information. Regarding the inter-rater reliability analyses, we

chose the multirater K_{free} coefficient, which does not have restrictions in the number of cases that should be distributed into each category and does not distinguish between agreements in coding “presence” and “absence”. Consequently, we could assume that high levels of inter-rater agreement for positive narratives might be due to the great number of absences. In fact, exploratory analyses confirm that high levels of agreement were more probable in relation to absences. In the same way, some categories with high kappa values (e.g., anger towards oneself) were also those that were less frequently identified in the narrative analysis. It is worth noting, however, that none of the categories were absent in all the narratives, and, therefore, all of them reflect psychological processes that could be recognized. Another aspect that could have affected to the CASNOT reliability is the participation of a large number of raters. According to the recommendations (Chorney et al., 2015; Krippendorff, 2004), all the raters had similar levels of professional expertise and appropriate backgrounds, and were properly trained. However, the variety of raters with different personal features would increase the heterogeneity in coding; even though the CASNOT demonstrated good psychometric properties overall.

In sum, the present study, within its limitations, introduces an efficient and reliable method to assess language domains related to psychological processes involved in the narrative construction of meaningful autobiographical memories. In particular, the CASNOT could be a powerful tool for the analysis of traumatic memories and, therefore, for the analysis of how individuals elaborate and cope with their most significant experiences.

8.7. References

- Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z., & Marcia, J. E. (2000). Coded semi-structured interviews in social psychological research. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social psychology* (pp. 286–312). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Buck, N., Kindt, M., van den Hout, M., Steens, L., & Linders, C. (2007). Perceptual memory representations and memory fragmentation as predictors of post-trauma symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 259–272. doi:10.1017/S1352465806003468.
- Chorney, J. M., McMurtry, C. M., Chambers, C. T., & Bakeman, R. (2015). Developing and modifying behavioral coding schemes in pediatric psychology: A practical guide. *Journal of Pediatric Psychology*, 40, 154–164. doi:10.1093/jpepsy/jsu099.
- Chung, C. K., & Pennebaker, J. W. (2011). Using computerized text analysis to assess threatening communications and behavior. In C. Chauvin (Ed.), *Threatening communications and behavior: Perspectives on the pursuit of public figures* (pp. 3–32). Washington, D C: National Academies Press.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284–290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 149–156. doi:10.1037/tra0000041.

- D'Andrea, W., Chiu, P., Casas, B., & Deldin, P. (2012). Linguistic predictors of post-traumatic stress disorder symptoms following 11 September 2001. *Applied Cognitive Psychology*, 26, 316–323. doi:10.1002/acp.1830.
- Dekel, S., & Bonanno, G. (2013). Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 26–34. doi:10.1037/a0022750.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Eid, J., Johnsen, B. H., & Saus, E. R. (2005). Trauma narratives and emotional processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 503–510. doi:10.1111/j.1467-9450.2005.00482.x.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2015). Narrative length and speech rate in battered women. *PLoS ONE*, 10 (11): e0142651. doi:10.1371/journal.pone.0142651.
- Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76, 378–382. doi:10.1037/h0031619.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690. doi:10.1002/jts.2490080409.
- Foa, E. B., & Riggs, D. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273–303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foltz, P. W. (1996). Latent semantic analysis for text-based research. *Behavior Research, Methods, Instruments and Computers*, 28, 197–202. doi:10.3758/BF03204765.

- Forgas, J. P., Vincze, O., & László, J. (2014). Social cognition and communication: Background, theories, and research. In J. P., Forgas, O. Vincze, & J. László (Eds.), *Social cognition and communication. The Sydney Symposium of Social Psychology* (pp. 1–22). New York: Psychology Press.
- Freer, B. D., Whitt-Woosley, A., & Sprang, G. (2010). Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and Victims*, 25, 742–754. doi:10.1891/0886-6708.25.6.742.
- Griffin, C. (2004). The advantages and limitations of qualitative research in psychology and education. *Psychological Society of Northern Greece*, 2, 3–15.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2009). Reliving and disorganization in posttraumatic stress disorder and panic disorder memories. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 627–630. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b08bdf.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419–431. doi:10.1037/0022-006X.71.3.419.
- Jelinek, L., Stockbauer, C., Randjbar, S., Kellner, M., Ehling, T., & Moritz, S. (2010). Characteristics and organization of the worst moment of trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 680–685. doi:10.1016/j.brat.2010.03.014.
- Jobson, L., & O’Kearney, R. (2006). Cultural differences in autobiographical memory of trauma. *Clinical Psychologist*, 10, 89–98. doi:10.1080/13284200600939892.

- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). Content and thematic analysis. In D. F. Marks & L. Yardley (Eds.), *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 56–68). London: SAGE Publications.
- Jones, C., Harvey, A. G., & Brewin, C. R. (2007). The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 151–162. doi:10.1016/j.brat.2006.02.004.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174. doi:10.2307/2529310.
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 525–548. doi:10.1002/jts.2490070403.
- Mehl, M. R. (2006). Quantitative text analysis. In M. Eid & E. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 141–156). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Morgan, C. D. & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289–306. doi:10.1001/archneurpsyc.1935.02250200049005.
- Murray, E. J., Lamnin, A. D., & Carver, C. S. (1989). Emotional expression in written essays and psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 414–429. doi:10.1521/jscp.1989.8.4.414.
- O’Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81–93. doi:10.1002/jts.20099.

- Papini, S., Yoon, P., Rubin, M., López-Castro, T., & Hien, D. A. (2015). Linguistic characteristics in a non-trauma-related narrative task are associated with PTSD diagnosis and symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 295–302. doi:10.1037/tra0000019.
- Pennebaker, J. W., Chung, C. K., Ireland, M. E., Gonzales, A. L., & Booth, R. J. (2007). *The development and psychometric properties of LIWC2007*. Austin, TX: LIWC.net.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Booth, R. J. (2001). *Linguistic inquiry and word count*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual Review of Psychology*, 54, 547–577. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145041.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 137–145. doi:10.1037/0022-0167.52.2.137.
- Popping, R. (2000). *Computer-assisted text analysis*. London: Sage.
- Randolph, J. J. (2005). Free-marginal multirater kappa: An alternative to Fleiss' fixed-marginal multirater kappa. Paper presented at the *Joensuu University Learning and Instruction Symposium 2005*, Joensuu, Finland, October 14-15th, 2005. ([ERIC Document Reproduction Service No. ED490661](#)).
- Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 465–472. doi:10.1037/a0035169.

- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420–428. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420.
- Smith, C. P. (1992). *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Smith, C. P. (2000). Content analysis and narrative analysis. In H. T. Reis & C. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 313–335). New York: Cambridge University Press.
- Stone, P. J., Dunphy, D. C., Smith, M. S., & Ogilvie, D. M. (1966). *The General Inquirer: A computer approach to content analysis*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 591–598. doi:10.1348/014466505X64081.
- Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of Language and Social Psychology*, 29, 24–54. doi:10.1177/0261927X09351676.
- Tuval-Mashiach, R., Freedman, S., Bargai, N., Boker, R., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2004). Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry*, 67, 280–293. doi:10.1521/psyc.67.3.280.48977.

Appendix. *Description of the CASNOT language categories and dimensions*

LANGUAGE CATEGORIES		
Category	Description	Example
Section: Emotional processes		
Sadness	Sadness (melancholy, unhappiness, depression...)	<i>"I felt depressed and blue"</i>
Fear	Fear (terror, horror, panic...)	<i>"I was terrified"</i>
Guilt	Guilt or regret for an action, feelings, or thoughts	<i>"I should have done more than I did"</i>
Humiliation/Shame	Humiliation or shame for an action, feelings, or thoughts	<i>"He compelled me to humble myself"</i>
Anger towards oneself	Anger (irritation, fury...) in relation to own actions, feelings, or thoughts	<i>"I am angry at myself"</i>
Anger outward	Anger (irritation, fury...) in relation to other persons or situations	<i>"I was furious with everybody"</i>
Other negative emotions	Negative emotions not previously included	<i>"I miss him"</i>
Positive emotions	Positive emotions primary (e.g., joy) and secondary (e.g., happiness)	<i>"I feel realized"</i>
Surprise	Surprise in relation to oneself, other persons or situations	<i>"I was surprised to see him like that"</i>
Empathy/Concern for the aggressor	Understanding or concern for the aggressor	<i>"I do not want to hurt him"</i>
Empathy/Concern for other/s	Understanding or concern for other persons or animals	<i>"She was really upset"</i>

Section: Body states and symptoms

Anxiety	Symptoms of anxiety, panic, agitation...	<i>"I was nervous"</i>
Bodily states	Somatosensory or physical sensations not related to anxiety	<i>"My stomach hurt"</i>
Dissociative experiences	Dissociative experiences (depersonalization, derealization...) peritraumatic and posttraumatic	<i>"I do not know how I could getting there"</i>

Section: Sensory/ perceptual processes

Visual perception	Visual sensations or attributes perceived through sight	<i>"I looked at him"</i>
Auditory perception	Auditory sensations or attributes perceived through hearing	<i>"There was a song in the radio"</i>
Other sensations	Olfactory, gustatory, or tactile sensations	<i>"He wore him usual perfume"</i>

Section: Cognitive processes

Lack of control/Helplessness	Feelings of lack of control in relation to oneself, other persons, or situations	<i>"There was nothing I could do"</i>
Control/Planning	Feelings of control in relation to oneself, other persons, or situations, and development of action plans	<i>"I knew I was able to stop it"</i>
Insight	Processes that reflect knowledge or understanding of oneself, other persons, or situations	<i>"I see it clearly now"</i>
Rationalization/Elaboration	Processes that reflect a conscious effort for elaborating and explaining the event	<i>"Talking about it helping me to understand"</i>

Section: References to other people

Social support	Perception of social support from other persons or animals	<i>"A neighbor called the police"</i>
Lack of social support	Perception of lack of social support from other persons or animals	<i>"Nobody did anything"</i>

Section: Self-evaluation

Negative self-evaluation	Negative assessment of oneself	<i>"I know I am weak"</i>
Positive self-evaluation	Positive assessment of oneself	<i>"I think I am worthwhile"</i>

Section: Meaning

Spirituality	Religious, transcendental, or spiritual experiences or practices	<i>"God intended it this way"</i>
Meaning	Endowment or search of meaning or sense to the event	<i>"It happened because of a reason"</i>

Section: Integration

Impact	Impact of the event for the life, the vision of oneself, the others, or the world	<i>"I never thought that it could happen to me"</i>
--------	---	---

Section: Overcoming

Overcoming/Hope	Overcoming, or attempts or desire to overcome, the event and its consequences	<i>"I have already overcome it"</i>
Forgiveness	Feelings, or attempts or desire, to forgive the aggressor, oneself, or other persons	<i>"I try to forgive him"</i>

Section: Memory consistency

Uncertainty	Insecurity or confusion in the memory of the event	<i>"I do not know what I did"</i>
Certainty	Security in the memory of the event	<i>"I am sure that was what happened"</i>

Section: Other aspects

Threats to physical integrity or life	Perception of danger in relation to the own life or body	<i>"I thought he was going to kill me"</i>
Other references to death	References to death not previously included	<i>"I wanted him to die"</i>

Escapes/avoidance	Expressions that divert the attention of the narrative	<i>“I am talking a lot...”</i>
Allusions to the negative event	In positive narratives, references to the traumatic/negative event	<i>“This day was happy although he already hit me”</i>
Section: Specificity		
Extended event	Events that last more than one day	<i>General abuse experience</i>
Categorical event	Repeated actions or categories of similar events	<i>Summer vacation, repeated abuse episodes...</i>
Different specific events	Two or more specific events	<i>Birth of two children, two specific abuse episodes...</i>
One specific event	One single event that lasts less than one day	<i>The wedding day, an abuse episode...</i>

LANGUAGE DIMENSIONS

Dimension	Description	Score range
Emotional tone	General assessment of emotional tone of voice	0 (Completely positive) – 4 (Completely negative)
Emotional valence	Degree to which the narrative contains positive or negative emotions	0 (Completely positive) – 4 (Completely negative)
Wealth of details	Degree to which qualities and attributes are described	0 (Absence of details) – 3 (Very detailed)
Spatial orientation	Degree to which the event is placed in a specific spatial context	0 (Lack context) – 3 (Very orientated)
Temporal orientation	Degree to which the event is placed in a specific temporal context	0 (Lack context) – 3 (Very orientated)
Coherence	Degree to which the narrative is expressed in a clear and understandable manner	0 (Absence of coherence) – 3 (Very coherent)

PARTE III

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

9. RECAPITULACIÓN DE RESULTADOS

El objetivo general de esta tesis doctoral ha sido el de explorar el contenido de las memorias traumáticas en mujeres víctimas de violencia en la pareja a través del análisis de las narrativas que elaboraron para relatar su peor episodio de malos tratos, así como el de analizar las relaciones entre distintos aspectos lingüísticos de estas narrativas y el desarrollo de sintomatología psicológica, con especial atención a la severidad de síntomas postraumáticos. Puesto que el lenguaje constituye el principal medio del que disponemos para la organización y transmisión de nuestra experiencia interna, un acercamiento de tipo narrativo ha supuesto una valiosa oportunidad para el estudio de las memorias autobiográficas y su relación con el TEPT.

Para la consecución de este objetivo general se han planteado una serie de objetivos específicos, recogidos al inicio y que se han abordado a lo largo de los cuatro estudios o publicaciones que han sido presentados. A continuación se exponen los resultados obtenidos en cada estudio en relación a sus distintos objetivos.

9.1. Resultados del Estudio Teórico (Publicación 1). *Memory and narrative of traumatic events: A literature review*

Se identificaron un total de 22 artículos publicados posteriormente a la revisión de O’Kearney y Perrott (2006) que abordaron las memorias traumáticas, utilizando procedimientos de análisis de tipo lingüístico, y su relación con el desarrollo de síntomas postraumáticos. Ello indica un creciente interés por esta área de estudio, si bien algunas de las limitaciones teóricas (e.g., falta de acuerdo a la hora de definir los constructos a evaluar) y metodológicas (e.g., empleo de muestras de conveniencia, diseños transversales, falta de consideración de variables relevantes del acontecimiento tales como el tiempo

transcurrido desde el mismo o de medidas de sintomatología ansiosa o depresiva) señaladas en la revisión de 2006 no han logrado ser superadas por autores más recientes. Además la frecuente inclusión de medidas de análisis computerizadas para la evaluación de las narrativas (fundamentalmente del LIWC) proporciona una valoración objetiva del tipo de palabras empleadas pero no ofrece detalles del contexto en que éstas son producidas.

Con todo, los resultados de esta revisión de la literatura apuntan a que en las narrativas traumáticas abundan las alusiones a procesos sensoriales y perceptivos, así como a emociones negativas. El uso de expresiones lingüísticas relativas a sensaciones y emociones podría además predecir el desarrollo de sintomatología postraumática, lo cual es consistente con las hipótesis propuestas por los modelos cognitivos tradicionales del TEPT (e.g., Brewin et al., 1996; Ehlers y Clark, 2000), pero también con las derivadas del enfoque de los mecanismos básicos (e.g., Rubin, Boals et al., 2008). No obstante, O’Kearney y Perrott (2006) señalaron que algunas de las predicciones de los modelos cognitivos, especialmente en relación a la fragmentación de las memorias traumáticas y su vinculación con el TEPT, no contaban con suficiente apoyo en 2006. Del mismo modo, los estudios recogidos en esta revisión no permiten aceptar la presencia en narrativas traumáticas de elementos que indiquen alteraciones en el procesamiento o en la recuperación voluntaria de las memorias del acontecimiento (i.e., elevada fragmentación, desorganización o incoherencia, escasos procesos cognitivos, alteraciones en el contexto temporal o déficits en el procesamiento autorreferencial). Además, aunque algunos estudios (e.g., Beaudreau, 2007) señalan que las narrativas traumáticas tienden a ser especialmente largas, en comparación con las narrativas acerca de otras experiencias

vitales, y que la longitud puede ser un indicador de la elaboración del recuerdo (y por tanto, de un mejor ajuste), éstos son muy escasos.

La disparidad en cuanto a los planteamientos teóricos y metodológicos adoptados por los distintos estudios puede haber contribuido notablemente a la heterogeneidad de resultados, si bien todo indica que las memorias traumáticas podrían no depender de mecanismos especiales, tal y como los modelos cognitivos del TEPT han venido argumentando.

9.2. Resultados del Estudio Empírico 1 (Publicación 2). *Narrative length and speech rate in battered women*

El objetivo general de este estudio fue el de analizar la longitud (i.e., número de palabras) y la velocidad del habla (i.e., número de palabras por minuto) de las narrativas traumáticas, puesto que hasta la fecha han sido muy pocas las investigaciones que han evaluado ambas variables, y su relación con la presencia de la sintomatología psicológica. Dada esta escasez de resultados previos, este estudio tuvo un carácter exploratorio y no se plantearon hipótesis específicas.

Para la consecución de este objetivo se compararon, en primer lugar, narrativas de diferente valencia (positiva vs. traumática o negativa) elaboradas por dos grupos de participantes (grupo de trauma vs. grupo control). Los resultados obtenidos mostraron que las participantes del grupo de trauma tendieron a construir narrativas más largas (i.e., con un mayor número de palabras registrado con el LIWC) que las participantes del grupo control, si bien en ambos grupos las narrativas positivas fueron significativamente más cortas que las narrativas negativas (grupo control) o traumáticas (grupo de trauma). Además se observó un efecto de la interacción entre el grupo y la valencia narrativa, de

manera que las diferencias entre grupos se debieron fundamentalmente a las narrativas traumáticas, siendo éstas significativamente más largas que las narrativas negativas elaboradas por el grupo control. En cuanto a la velocidad del habla, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en función del grupo ni de la valencia.

Centrándonos en las narrativas traumáticas elaboradas por el grupo de trauma, una mayor longitud se asoció a un menor tiempo transcurrido desde el acontecimiento y a un menor nivel de ansiedad o malestar durante el relato. También una mayor velocidad del habla (i.e., un mayor número de palabras por minuto) durante la narrativa traumática se asoció a menores niveles de ansiedad. La velocidad correlacionó además de manera inversa y significativa con la severidad de los síntomas de evitación del TEPT y con la disociación peritraumática.

Por último, se exploraron las relaciones entre la longitud y la velocidad del habla de las narrativas positivas y traumáticas elaboradas por el grupo de trauma y el desarrollo de sintomatología psicológica (i.e., diagnóstico del TEPT de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR, APA, 2000; severidad de los síntomas postraumáticos; sintomatología depresiva; y ansiedad). Los resultados de los análisis de regresión mostraron que una mayor velocidad del habla al relatar las narrativas traumáticas y una mayor longitud al relatar las positivas, pero no las traumáticas, predijeron un mejor ajuste tras el trauma, explicando ambas variables el 24.3% de la varianza en severidad de sintomatología postraumática y el 27.3% de la varianza en sintomatología ansiosa. La velocidad del habla en narrativas positivas emergió como un predictor del desarrollo de síntomas depresivos, explicando solo esta variable el 18.9% de la varianza en depresión. Al introducir las variables relativas a la sintomatología psicológica como predictores, y las variables narrativas como variables dependientes, se encontró que la ansiedad actuaba también como un predictor de la

longitud de las narrativas positivas, y la depresión como un predictor de la velocidad del habla. Además la severidad de los síntomas postraumáticos predijo la velocidad del habla en las narrativas traumáticas. Ello indica que las relaciones entre las variables narrativas y el desarrollo de distintos tipos de sintomatología podrían ser de tipo bidireccional.

En resumen, los resultados de este estudio demuestran, en la línea de los hallazgos obtenidos por Beaudreau (2007), que las narrativas acerca de los acontecimientos traumáticos tienden a ser especialmente largas cuando se comparan con narrativas acerca otras memorias autobiográficas. Algunos factores relativos a las características del acontecimiento, y a los mecanismos de memoria y afrontamiento del recuerdo parecen afectar a la longitud y a la velocidad con la que se relata la experiencia. Finalmente, todo apunta a que las víctimas que tienden a elaborar narrativas más largas acerca de acontecimientos positivos, y utilizan un mayor número de palabras por minuto al relatar ambos tipos de acontecimientos, positivos y traumáticos, mostrarán un mejor ajuste tras el trauma, si bien, a su vez, un mejor ajuste también podría afectar al modo en que las personas relatan sus distintos eventos vitales.

9.3. Resultados del Estudio Empírico 2 (Publicación 3). *Quality of memories in women abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic narratives*

Este estudio tuvo como objetivo general evaluar las características de las memorias traumáticas a través del análisis de aspectos lingüísticos de las narrativas del trauma. Dado el estado actual de la investigación en este ámbito, se adoptó el enfoque de los mecanismos básicos (e.g., Rubin, Boals et al., 2008) acerca de las memorias traumáticas y el TEPT para plantear las hipótesis a contrastar. Al igual que en el estudio anterior, se exploraron las diferencias entre las narrativas de distinta valencia (positiva vs. traumática o negativa) elaboradas por el grupo de trauma y por el grupo control. En este estudio, para la

evaluación de las características narrativas, se seleccionaron algunas de las categorías o dominios lingüísticos del LIWC y del sistema de codificación CASNOT, cuyo desarrollo se describe en la Publicación 4 (Estudio Empírico 3) y que se presenta en el Anexo III.

En primer lugar, se esperó que las narrativas traumáticas obtenidas del grupo de trauma mostrasen una mayor inmersión y fuesen más detalladas que las narrativas negativas elaboradas por el grupo control y que las positivas por ambos grupos, e incluyesen en igual o mayor proporción referencias a una misma (i.e., pronombres en primera persona del singular). No se esperó encontrar diferencias entre las narrativas traumáticas y las demás narrativas autobiográficas en el uso palabras relativas a procesos cognitivos y en coherencia. De acuerdo con las hipótesis, los resultados mostraron que, en conjunto, las narrativas traumáticas tendieron a ser ricas en detalles, estuvieron orientadas espacialmente e incluyeron un tono emocional más negativo, aunque fueron las narrativas positivas las que contuvieron un mayor porcentaje de palabras relativas a procesos afectivos. No hubo diferencias significativas, ni en función de la valencia narrativa ni del grupo de participantes, en el uso de procesos cognitivos, verbos en presente, pronombres en primera persona del singular, orientación temporal y coherencia.

En segundo lugar, se predijo que distintos aspectos lingüísticos de las narrativas traumáticas elaboradas por el grupo de trauma se asociarían con la centralidad otorgada al acontecimiento traumático por las propias participantes (evaluada con la escala CES) y con la ansiedad experimentada durante la narrativa. A este respecto, se encontró que la ansiedad correlacionó significativa y positivamente con el uso de palabras relativas a procesos afectivos y con el tono emocional durante el relato, mientras que correlacionó negativamente con el uso de palabras que aludían a procesos sensoriales y perceptuales. La

centralidad se asoció positivamente también con el tono emocional y, además, con el empleo de pronombres en primera persona del singular.

Para terminar, se analizó el posible papel predictor de las distintas variables lingüísticas de las narrativas traumáticas en el desarrollo de síntomas postraumáticos, presuponiendo que estas variables servirían para predecir la severidad de los síntomas que conforman el TEPT según los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Los resultados mostraron que el uso de procesos afectivos y el tono emocional predijeron un 22.7% de la varianza en la severidad de la sintomatología postraumática. Ambas variables emergieron también como predictores recurrentes de la severidad de los distintos grupos de síntomas del TEPT, aunque algunas variables narrativas se asociaron con un grupo de síntomas en particular. En concreto, el uso del presente fue un predictor de la severidad de las intrusiones; y el uso de pronombres en primera persona del singular, de la severidad de la activación o *arousal*. Además una menor riqueza de detalles predijo una mayor severidad de los síntomas de evitación.

En general, los hallazgos obtenidos en este estudio ofrecen cierto apoyo al enfoque de los mecanismos básicos. Los resultados apuntan a que las memorias voluntarias del trauma podrían estar altamente accesibles, puesto que las narrativas traumáticas tienden a ser ricas en detalles, inmersivas, y tan o más orientadas y coherentes que las narrativas acerca de otras experiencias autobiográficas. Además, en contra de los principales modelos cognitivos del TEPT (e.g., Brewin, et al., 1996; Ehlers y Clark, 2000), no parece que la fragmentación o el deterioro de las memorias se relacione necesariamente con el desarrollo de la sintomatología postraumática, siendo los aspectos relativos a la intensidad emocional y a la inmersión narrativa los mejores predictores de la adaptación del individuo tras el trauma.

9.4. Resultados del Estudio Empírico 3 (Publicación 4). *Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses*

Paralelamente a la realización de los estudios descritos, se procedió al desarrollo de un sistema de codificación para la evaluación de las memorias autobiográficas, especialmente diseñado para la valoración por parte de jueces externos de aspectos estructurales y de contenido de las narrativas traumáticas. El objetivo principal de este estudio fue, por tanto, proveer un sistema de codificación válido y fiable para el análisis de las memorias traumáticas, que permitiese recoger información acerca de un amplio número de dominios lingüísticos, teniendo en cuenta el contexto en el que el lenguaje es producido. Este sistema, denominado *Sistema de Codificación y Evaluación para Narrativas del Trauma (CASNOT*, por sus siglas en inglés), se diseñó y perfeccionó a través de una serie de fases consecutivas e interactivas, que incluyeron, por ejemplo, una extensa revisión teórica, consultas de expertos y la realización de un estudio piloto. La versión final del CASNOT estuvo constituida por 40 categorías lingüísticas de codificación dicotómica (distribuidas en 12 secciones temáticas) y 6 dimensiones continuas (a valorar en una escala tipo Likert).

La aplicación del sistema de codificación fue llevada a cabo por un conjunto de evaluadores o jueces externos, quienes analizaron las narrativas positivas y traumáticas o negativas elaboradas por los dos grupos (grupo de trauma y control) que integraron la muestra en los Estudios Empíricos 1 y 2. El análisis de las propiedades psicométricas de la versión final del CASNOT, empleando como índices de fiabilidad el kappa libre de Randolph (2005) y el coeficiente de correlación intraclase (*ICC*, por sus siglas en inglés), mostró elevados niveles de acuerdo inter-jueces para la mayoría de las categorías y

dimensiones evaluadas. Las únicas categorías que no alcanzaron los niveles de fiabilidad deseados fueron la denominada “otras emociones negativas”, una variable residual creada para identificar la presencia de emociones negativas no recogidas en las categorías previas; y las categorías “falta de control/indefensión”, “control/planificación” y “racionalización/elaboración”, pertenecientes a la sección “procesos cognitivos”.

En definitiva, este estudio presenta un nuevo sistema de codificación (i.e., CASNOT) válido y fiable para el análisis de un buen número de dominios del lenguaje correspondientes a distintos procesos psicológicos implicados en la elaboración y comunicación de las memorias autobiográficas. Este sistema ha sido especialmente diseñado para la evaluación de narrativas traumáticas y ha sido adaptado a las características de la población de estudio. La falta de acuerdo inter-jueces en la identificación de algunas categorías referentes a los procesos cognitivos que se ponen en marcha para explicar y afrontar la experiencia, así como su recuerdo, revela las dificultades de los evaluadores a la hora de adoptar un marco de referencia común desde el que valorar estos procesos. Es necesario, por tanto, continuar avanzando en el desarrollo de medidas válidas y operativas para analizar los distintos procesos cognitivos que se ponen de manifiesto en las narrativas traumáticas. Otras categorías y dimensiones del CASNOT han mostrado, sin embargo, captar fiablemente aspectos del lenguaje de gran interés para el estudio de las memorias autobiográficas y, en especial, de las memorias traumáticas.

10. CONCLUSIONES GENERALES

En conjunto, los cuatro estudios que componen esta tesis doctoral suponen una contribución para la investigación de las características de las memorias traumáticas, a través de la exploración de las narrativas que las víctimas elaboran para representarse a sí mismas y ante los demás su recuerdo de lo sucedido. Al inicio, y a lo largo del Estudio Teórico, se exponía el controvertido debate que ha guiado gran parte de la producción científica acerca de la relación entre la memoria y el TEPT. La pregunta “*¿son especiales las memorias traumáticas?*” resume la principal incógnita que han tratado de resolver distintos investigadores del trauma a lo largo de la historia (ver Brewin, 2007; Porter y Birt, 2001; Shobe y Kihlstrom, 1997). Las posturas adoptadas a este respecto han sido diversas pero pueden agruparse en torno a los dos amplios enfoques delimitados fundamentalmente por Rubin, Boals et al. (2008): el *enfoque de los mecanismos especiales*, derivado de las teorías clínicas, frente al *enfoque de los mecanismos básicos*, derivado de las teorías de memoria general.

Tal y como sugirieran Rubin, Boals et al. (2008), los resultados obtenidos no apoyan la hipótesis extendida de que las memorias traumáticas se representan de manera pobre o desorganizada, y de que dificultades para elaborar y transmitir verbalmente la experiencia guardan estrecha relación con el desarrollo de sintomatología postraumática. Contrariamente, se encontró que las narrativas traumáticas construidas por mujeres víctimas de malos tratos con altos niveles de síntomas eran tan o más vívidas, detalladas, orientadas y coherentes que las narrativas acerca de otras experiencias vitales, aún habiendo transcurrido varios años desde el episodio referido. Además estas narrativas traumáticas fueron especialmente largas. De acuerdo con el enfoque de los mecanismos básicos (e.g., Berntsen y Rubin, 2007; Rubin, Boals et al., 2008), ello nos lleva a pensar

que una de las claves del TEPT es la relevancia o centralidad que tiene la vivencia del acontecimiento traumático para la historia vital del individuo y su autoconcepto. Esta alta centralidad no se limitaría a los sucesos negativos, si bien algunos estudios apuntan a que las personas podríamos recordar mejor los acontecimientos positivos o placenteros (e.g., Rubin y Berntsen, 2003; ver Walker, Skowronski y Thompson, 2003; White, 2002), pero sí dependería de la intensidad emocional ligada a la experiencia (Talarico, LaBar y Rubin, 2004), siendo precisamente su elevada intensidad una de las características definitorias, aunque no exclusiva, de los acontecimientos traumáticos. En lugar de encontrarse aislada y fragmentada, la información relativa al trauma ocuparía un papel principal en el cuerpo de memorias autobiográficas de la víctima, sirviendo como punto de referencia para interpretar cuanto le rodea y generar expectativas futuras.

Que la vivencia de un acontecimiento traumático marca un antes y un después en la historia personal del individuo es algo unánimemente aceptado por los distintos modelos del TEPT. La principal aportación del enfoque de los mecanismos básicos, frente a sus predecesores (e.g., Brewin et al., 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Riggs, 1993), reside en señalar la alta accesibilidad de las memorias voluntarias del trauma y no solo de las memorias involuntarias (e.g., Hall y Berntsen, 2008; Rubin, Boals et al., 2008). Si bien éstas últimas con frecuencia se asocian a respuestas emocionales más intensas, ello probablemente se deba a que cuando la recuperación es intencional se pueden activar mecanismos de regulación emocional que ayudan a reducir el impacto del recuerdo (Gross, 2001; Hall y Berntsen, 2008). Dado que en el presente trabajo se pidió a las participantes que accedieran de manera deliberada a sus recuerdos, los hallazgos confirman que las memorias voluntarias del trauma también pueden estar ligadas a respuestas emocionales

intensas, aunque a menudo se encuentran elaboradas y pueden ser fácilmente recuperadas de forma consciente.

De manera complementaria, algunos factores, tales como la ansiedad o malestar experimentado durante el relato, parecen afectar a la accesibilidad del recuerdo. A este respecto, se ha demostrado que el estado emocional en el que se encuentra la persona favorece la recuperación de información congruente con ese estado de ánimo (e.g. Bower, 1981, 1987). Los resultados de los Estudios Empíricos 1 y 2 sugieren que las mujeres víctimas de malos tratos que refirieron un mayor malestar durante la narrativa traumática tendieron a construir relatos más breves, aunque no menos coherentes, en los que abundaban las referencias a aspectos emocionales, y hablaron más lentamente. Es posible, por tanto, que el malestar experimentado durante la narrativa favoreciese efectivamente la accesibilidad de las memorias traumáticas, rescatándose las emociones asociadas. Una sensación de desbordamiento emocional, al fallar los mecanismos de autorregulación, podría haber llevado a algunas participantes a desear poner fin al recuerdo, o a la comunicación del mismo, construyendo narrativas cortas pero de alta intensidad afectiva.

Como se esperaba, al estudiar las relaciones entre las características de las narrativas traumáticas y la evolución de las víctimas, se encontró que la forma en que relataron el trauma permitía predecir el desarrollo de diferentes tipos de sintomatología psicológica. A modo de resumen, los resultados apuntan a que son las personas que tienden a reexperimentar las emociones vinculadas al acontecimiento traumático durante el relato y, por tanto, muestran una mayor inmersión en el recuerdo, las que presentarán síntomas más severos del TEPT. Además, aunque en el Estudio Empírico 2 no se analizaron los efectos de las variables narrativas en el desarrollo y el mantenimiento de la sintomatología depresiva y ansiosa, es probable que una mayor accesibilidad de las emociones se asocie,

no solo con la severidad del TEPT, sino con diferentes patrones de funcionamiento desadaptativos.

Desgraciadamente, es difícil establecer conclusiones acerca de la naturaleza específica de la relación entre el modo en que se representa el recuerdo y el TEPT, y dilucidar esta relación se encuentra lejos del alcance de los objetivos de este trabajo. Si la intensidad emocional ligada al recuerdo es causante del desarrollo de sintomatología o si, por el contrario, son las personas con peor evolución las que reexperimentan más intensamente sus emociones, continúa siendo objeto de controversia. No obstante, desde las primeras formulaciones acerca del funcionamiento de la memoria, que se reflejan en los trabajos pioneros de autores tales como Richard Semon en 1904 o el influyente Frederick Bartlett en los años 30, existe la convicción de que la memoria es un proceso ante todo *constructivo* donde la interpretación juega un papel crucial (ver Ruiz-Vargas, 2004b; Schacter, Norman y Koutstaal, 1998). Esto supone asumir que los recuerdos se crean y moldean a través de revaluaciones posteriores (ver Rubin, Berntsen et al., 2008), por lo que lo más probable es que las memorias traumáticas y la respuesta emocional a las mismas se retroalimenten mutuamente. De este modo, diferencias individuales en la capacidad para experimentar emociones negativas con elevada intensidad pueden ser en parte responsables de una mayor accesibilidad de las memorias traumáticas. Rubin, Boals et al. (2008) añaden que esta accesibilidad llevará a frecuentes revaluaciones del recuerdo del acontecimiento, que pasará a ocupar un lugar central en la historia personal del individuo. La alta centralidad otorgada al evento contribuirá, a su vez, a mantener su recuerdo en el tiempo, así como su impacto emocional, y ello favorecerá continuas revaluaciones. De esta forma, centralidad, accesibilidad y sintomatología postraumática podrían asociarse en un círculo vicioso. Los síntomas de evitación propios del TEPT ilustrarán los esfuerzos infructuosos

de la persona por romper esta relación y reducir la accesibilidad de las memorias traumáticas.

Otro aspecto importante que pone de manifiesto el presente trabajo, y que queda recogido en el Estudio Empírico 1, es la relevancia para el estado emocional de la víctima no solo de las memorias traumáticas, sino también del modo en que se recuerdan los eventos positivos. Hasta el momento, los estudios narrativos del TEPT se han centrado en el análisis del contenido de las memorias traumáticas, y las características de las memorias acerca de acontecimientos felices han sido tenidas en cuenta fundamentalmente a efectos comparativos (ver Estudio Teórico). Como novedad, los resultados del Estudio Empírico 1 apuntan a que aspectos lingüísticos de las narrativas positivas (i.e., longitud y velocidad del habla, en este estudio) pueden ser mejores predictores de la trayectoria de las víctimas que aspectos relativos a las propias narrativas traumáticas. Este hallazgo puede suponer un importante cambio de enfoque al plantear la hipótesis de que, aunque un buen ajuste tras el trauma depende en gran parte de cómo se recuerda el acontecimiento traumático, también juega un papel determinante el modo en que se recuerdan el resto de acontecimientos vitales y, quizás, el grado en que compiten diferentes tipos de memorias en la construcción de la historia personal e identidad de la víctima. En este trabajo no se estudió el impacto que tuvieron las experiencias positivas en la biografía de las participantes pero resulta fácil suponer que una mayor centralidad de éstas podría estar asociada a una mejor evolución. De hecho, a pesar de que Berntsen, Rubin y Siegler (2011) no hallaron relación entre la centralidad de acontecimientos positivos y el desarrollo de síntomas postraumáticos, estudios recientes (e.g., Bernard, Whittles, Kertz y Burke, 2015; Staugaard, Johannessen, Thomsen, Bertelsen y Berntsen, 2015) han destacado la influencia de la importancia con la que se perciben los recuerdos tanto negativos como positivos en el crecimiento

postraumático. Es más, Bernard et al. (2015) encontraron que la centralidad otorgada a los eventos positivos se asociaba con medidas de funcionamiento adaptativo, por lo que la recuperación de estos recuerdos podría servir como un mecanismo de afrontamiento en situaciones difíciles y, probablemente, ayudar a prevenir los efectos del estrés. En la línea de lo señalado en párrafos anteriores, quedaría por descubrir si una elevada accesibilidad de las memorias positivas promueve realmente una mejor adaptación o si, alternativamente, son las personas que muestran un mejor ajuste las que rememorarán más fácilmente y concederán una mayor relevancia a sus experiencias vitales más felices.

En definitiva, los resultados obtenidos sugieren que las memorias traumáticas están sujetas a los mismos procesos que el resto de las memorias autobiográficas y que, si existen diferencias, éstas se pueden explicar en términos de su impacto emocional y su mayor accesibilidad. Esta accesibilidad parece estar implicada en el desarrollo de la sintomatología postraumática, de manera que todo apunta a que son las personas que recuerdan “más intensamente” el acontecimiento traumático las que probablemente tendrán una peor evolución. Ello contradice la idea extendida de que el TEPT se halla ligado a memorias reprimidas o incompletas del trauma, y lleva a cuestionar, por tanto, la naturaleza (e incluso, existencia) de las amnesias traumáticas y la veracidad de las “memorias recuperadas” (ver Loftus, 1993). A este respecto, cabe mencionar que algunas teorías o clasificaciones que establecen distintas categorías de acontecimientos traumáticos se han acogido previamente como una posible solución al viejo debate acerca de las amnesias traumáticas. Así, se ha considerado que traumas que implican una violación de las expectativas de confianza o son perpetrados por un agresor, frente a traumas accidentales, podrían conducir con mayor frecuencia a un recuerdo deteriorado o al olvido (e.g., Freyd, 1996; Lindblom y Gray, 2010). La distinción efectuada por Terr (1991, 1994)

entre traumas del Tipo I y traumas del Tipo II también ha sido entendida como un intento de conciliar los resultados (ver Shobe y Kihlstrom, 1997). Según la autora, los traumas del Tipo I, al englobar acontecimientos traumáticos puntuales que ocurren de manera inesperada, podrían estar ligados a recuerdos vívidos y detallados del suceso; mientras que los del Tipo II, relativos a acontecimientos repetidos y duraderos, y ante los que se activarían mecanismos defensivos, tales como la disociación o la negación, llevarían a un recuerdo pobre o desorganizado. No obstante, Shobe y Kihlstrom (1997) ya cuestionaron la solidez de los datos empíricos que avalaban las conclusiones derivadas de esta taxonomía. El presente trabajo, al centrarse únicamente en víctimas de traumas perpetrados y del Tipo II, constituye una prueba más de que incluso en acontecimientos traumáticos donde existe un sentimiento de traición y que adquieren un carácter crónico, las memorias pueden ser vívidas y duraderas, de manera que no parecen ponerse en marcha mecanismos “especiales” dirigidos a reducir el impacto emocional de los mismos.

Otro punto a tener en cuenta es que la asunción de que las memorias traumáticas tienden a ser altamente accesibles no implica necesariamente que éstas sean precisas, ni que todos los detalles del evento se recuerden con igual claridad. Ya se enfatizaba la relevancia de los procesos de interpretación o reevaluación en la consolidación y recuperación del recuerdo. Así, las memorias traumáticas, al igual que el resto de memorias autobiográficas, no constituyen en modo alguno una reproducción pura o fiel del evento, estando sujetas a sesgos subjetivos, dependiendo de múltiples factores personales y situacionales, y cambiando constantemente a lo largo del tiempo (e.g., Engelhard, van den Hout y McNally, 2008; Rubin, Berntsen et al., 2008; Schmidt, 2004). Además es posible que algunos aspectos de los acontecimientos traumáticos tiendan a ser más fácilmente codificados y recuperados que otros. Por ejemplo, los estudios sobre el conocido como

“efecto túnel” muestran que ante eventos negativos de alta intensidad puede producirse un estrechamiento de la atención y la memoria que conduce a que se recuerden mejor las partes centrales de la situación que los detalles periféricos (e.g., Safer, Christianson, Autry y Österlund, 1998; Talarico, Berntsen y Rubin, 2009). Muchos detalles del acontecimiento podrían pasar desapercibidos, no llegando a procesarse, y siendo reconstruidos posteriormente en un esfuerzo de la memoria por elaborar un recuerdo completo y coherente acerca de lo que pasó (Manzanero, 2010). En consecuencia, algunos de los aspectos que las víctimas aseguran evocar con absoluta nitidez podrían no ser “verídicos”, puesto que la confianza en el recuerdo no se relaciona necesariamente con su precisión ni con su consistencia en el transcurso del tiempo (ver Ost, Granhag, Udell y Roos af Hjelmsäter, 2008; Talarico y Rubin, 2003). En cualquier caso, y más allá de estas reflexiones, cabe subrayar que la precisión del recuerdo tiene una importancia relativa para el estudio de las memorias autobiográficas, ya que el foco no debe situarse en el evento y en la exactitud con la que la memoria reproduce sus detalles, sino en el recuerdo del evento en sí mismo. El catedrático de Psicología de la Memoria, José María Ruiz-Vargas lo explica brillantemente al afirmar que “las inexactitudes de los recuerdos autobiográficos no les restan veracidad porque la verdad de la memoria esta mediada por el sentido del Yo, que interpreta y reconstruye honestamente su pasado” (Ruiz-Vargas, 2004b, p. 215).

Para terminar, dado el inconsistente aval recibido, puede resultar sorprendente que el enfoque de los mecanismos especiales y, de manera específica, la hipótesis de la fragmentación de las memorias traumáticas, haya tenido un arraigo tan firme en las teorías cognitivas del TEPT. A fin de ofrecer una explicación, Römisch et al. (2014) sugieren que una elevada inmersión en la narrativa traumática puede hacer que el oyente se sienta abrumado al escuchar el relato y lo perciba como desorganizado y fragmentado, cuando no

lo es necesariamente. Por este motivo, podría resultar difícil a jueces externos evaluar la estructura narrativa, y, como advierten Megías et al. (2007), la dicotomía en el uso de procedimientos lingüísticos versus autoinformes de memoria habría contribuido a la disparidad de resultados. A esto se suma el posible impacto en las conclusiones de los diferentes modos de registrar las narrativas, ya sea de manera oral o escrita (Gray y Lombardo, 2001), y otras de las muchas discrepancias teóricas y metodológicas recogidas en la revisión de O’Kearney y Perrott (2006) y debatidas a lo largo de este trabajo. Por todo ello, en esta tesis doctoral se optó por analizar las narrativas orales del trauma, y no la evaluación subjetiva del recuerdo, captando la necesidad de corroborar las hipótesis del enfoque de los mecanismos básicos utilizando un procedimiento que podría favorecer más bien su rechazo.

Así mismo, puesto que aún quedan numerosas preguntas en relación al contenido de las memorias traumáticas, y que las limitaciones de los procedimientos desarrollados hasta el momento no permiten responder a muchas de ellas, se ha convertido en un requisito indispensable explorar nuevas herramientas con las que abordar de manera diferente el análisis del relato. En respuesta a esta demanda, uno de los principales objetivos de esta tesis ha sido precisamente el de desarrollar y presentar un sistema de codificación (i.e., CASNOT), cuyas propiedades se han comentado ampliamente en su apartado correspondiente (Publicación 4). El CASNOT podría constituir un instrumento útil para el estudio de las memorias que componen la historia vital del individuo, ya que permite evaluar un elevado número de dominios lingüísticos que han demostrado revelar aspectos significativos de los procesos de elaboración y mantenimiento del recuerdo, sus repercusiones emocionales y su impacto en la construcción de la identidad personal. Dado que la elaboración del CASNOT se ha llevado a cabo en paralelo al desarrollo de los

demás estudios recogidos en este trabajo, la selección de sus categorías y dimensiones ha respondido a algunas de las necesidades que se han ido identificando y se apoya en una sólida revisión teórica. Este sistema surge, por lo tanto, con el propósito de facilitar la evaluación de aspectos relevantes del contenido de las memorias sobre todo traumáticas, a través del establecimiento de definiciones operativas y consensuadas dentro del marco natural del lenguaje compartido. Se espera que su aplicación futura contribuya a la investigación en el campo de las memorias autobiográficas y ayude especialmente a profundizar en el estudio de las memorias traumáticas (y en su caso, de las memorias positivas) y su relación con el estado emocional del individuo.

11. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los estudios recogidos en esta tesis doctoral tienen importantes implicaciones de cara a un mejor entendimiento de las memorias traumáticas y el TEPT, algunas de las cuales ya han sido comentadas. La inclusión de un grupo clínico de participantes expuestas a acontecimientos altamente traumáticos, el establecimiento de un grupo control y de diferentes niveles de comparación, el control de las habilidades lingüísticas de las participantes, la consideración de variables apenas abordadas hasta la fecha (e.g., tiempo transcurrido desde el acontecimiento, ansiedad durante la narrativa) o el desarrollo de un instrumento propio de evaluación (i.e., CASNOT) constituyen algunas de las principales contribuciones de este trabajo. No obstante, el estudio de las memorias autobiográficas en general, y de las memorias traumáticas en particular, supone un enorme desafío que requiere tener en cuenta multitud de factores que pueden afectar en gran medida a los resultados. Por ello, a pesar de sus fortalezas, los estudios que conforman esta tesis presentan una serie de limitaciones que restringen el alcance de los hallazgos obtenidos. Estas limitaciones han sido recogidas a lo largo de las distintas secciones correspondientes a cada publicación, pero cabe mencionar en este apartado algunas de las más relevantes.

En primer lugar, se empleó un acercamiento de tipo narrativo para explorar el contenido de las memorias autobiográficas, ya que, como se ha señalado reiteradamente, el análisis del relato constituye una poderosa herramienta para acceder a la realidad del individuo, quien transmite su propia experiencia interna alejado de los artificios propios de los estudios de laboratorio. Sin embargo, las aproximaciones narrativas también presentan algunas carencias, entre las que destacan la dificultad para controlar ciertas variables potencialmente contaminadoras, relacionadas fundamentalmente con el tipo de procedimiento empleado y el estado emocional de la persona. Así, las características de la

tarea, en la que las participantes tuvieron que transmitir oralmente sus recuerdos, pudo haber afectado al relato y se desconoce si también a los procesos de memoria. Para controlar la influencia del estilo de comunicación, se evaluó la inteligencia verbal de las participantes y se requirió, siempre en primer lugar, la elaboración de una narrativa de contenido neutral, cuyas variables lingüísticas se introdujeron en los Estudios Empíricos 1 y 2 como covariables. Dicha narrativa tuvo como objetivo también habituar a las participantes a la situación experimental. No obstante, para obtener esta narrativa neutral, se optó por requerir el relato de las actividades rutinarias llevadas a cabo durante el día de la evaluación, y no es posible asegurar que este evento tuviese un carácter neutral para todas las participantes. Por otro lado, el orden en que se solicitaron las narrativas positivas y traumáticas (o negativas) fue contrabalanceado a fin de evitar el posible efecto de las emociones suscitadas por el relato de una sobre la otra. Aun así, todas las participantes del grupo de trauma fueron captadas a través de centros de atención a víctimas de violencia de género y llevaron a cabo la tarea en salas facilitadas por estos centros. Además, la entrevista que se realizó al inicio de la evaluación estaba dirigida principalmente a recoger las características de su situación de malos tratos y algunos datos del peor episodio de violencia experimentado. Todo ello pudo haber favorecido una mayor accesibilidad de las memorias traumáticas, en detrimento de la accesibilidad de las memorias positivas.

Otro aspecto del procedimiento a tener en cuenta es que todas las participantes del grupo de trauma fueron entrevistadas por la autora de este trabajo, mientras que la mayoría de las participantes del grupo control fueron evaluadas por alumnas de máster de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Aunque éstas recibieron un entrenamiento intensivo a fin de minimizar las variaciones en la aplicación de las pruebas,

no se descarta la influencia sobre los resultados de sesgos relacionados con la personalidad y habilidades de las evaluadoras.

Una limitación especialmente relevante es el hecho de que la casi totalidad de las participantes del grupo de trauma habían recibido, o estaban recibiendo en el momento de la evaluación, tratamiento psicológico. Dado que uno de los principales objetivos de las intervenciones terapéuticas en víctimas de acontecimientos traumáticos es precisamente la elaboración de las memorias traumáticas, y que las intervenciones pueden, por tanto, afectar al modo en que se relata el trauma (e.g., Foa et al., 1995), es probable que la riqueza y la coherencia de estas narrativas fuesen en parte el resultado de un proceso dirigido por la terapeuta. En este sentido, hubiese sido deseable incluir a víctimas que no hubiesen recibido tratamiento, si bien por motivos éticos esta opción quedó descartada. Es más, para minimizar riesgos, las profesionales de los distintos centros que derivaron a las participantes solo contactaron con aquellas que consideraron emocionalmente preparadas para someterse a la sesión. A pesar de ello, cabe señalar que los niveles de severidad de la sintomatología postraumática fueron muy elevados en esta muestra, cumpliendo en el momento de la evaluación un 78% de las mujeres víctimas de violencia los criterios para el diagnóstico del TEPT según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y un 74% según el DSM-5 (APA, 2013). Además, aunque presumiblemente las terapias que las mujeres llevaron a cabo se centraban en su situación de malos tratos, no hubo diferencias entre el grupo de trauma y el grupo control en la frecuencia con la que hablaron de su peor episodio.

Por otro lado, la ausencia de medidas de referencia lo suficientemente válidas y operativas para evaluar los aspectos narrativos, así como la heterogeneidad en cuanto a las definiciones proporcionadas para su delimitación, llevó a desarrollar el sistema de codificación CASNOT, el cual tampoco se encuentra exento de limitaciones. Las más

importantes se refieren a la escasa fiabilidad de las categorías pertenecientes a la sección de procesos cognitivos y al elevado número de jueces que aplicaron el sistema. Además, a fin de facilitar la aplicación del CASNOT, se emplearon, para las categorías, valores dicotómicos, lo cual permite identificar la presencia de un determinado dominio lingüístico pero no ofrece información acerca de la frecuencia con la que éste aparece en el texto.

Otras limitaciones se refieren al empleo de un diseño transversal de medida única, imposibilitando evaluar la evolución de las participantes a lo largo del tiempo, al uso de muestras de conveniencia, o la exclusión de varones en la muestra. Además este trabajo fue realizado en España y han de tenerse en cuenta las características de nuestro propio contexto sociocultural, ya que se ha sugerido que las relaciones entre la memoria y el TEPT podrían estar moduladas por factores culturales (e.g., Jobson, 2011). En adición, cabe señalar que, aunque el objetivo principal fue evaluar las memorias voluntarias del trauma, la inclusión de medidas para el análisis de memorias involuntarias o intrusivas podría haber beneficiado a esta investigación, permitiendo contrastar las hipótesis referentes a las diferencias en el contenido de ambos tipos de recuerdos y a las estrategias implicadas en la recuperación de los mismos.

Futuros estudios deberán tener en consideración estas limitaciones y explorar, entre otros, los efectos sobre los resultados de las intervenciones psicológicas, el sexo de los participantes y su contexto sociocultural, el tipo de instrumento empleado, y la evolución de las narrativas con el paso del tiempo. También es necesario generalizar los resultados a distintos tipos de acontecimientos traumáticos, estableciendo comparaciones en función de la severidad, distancia temporal y cronicidad de los mismos. Sería deseable además incluir medidas que permitan explorar diferencias individuales en factores de personalidad y reactividad emocional (e.g., neuroticismo, procesos rumiativos). Igualmente, las

observaciones en cuanto a la relación entre algunas características de las narrativas positivas y el estado emocional del individuo, destacan la necesidad de desarrollar más estudios que valoren el contenido de los recuerdos felices y su posible papel como predictor de la sintomatología postraumática.

Por último, cabe reiterar que esta tesis doctoral se enmarca dentro de un amplio proyecto de investigación, por lo que los resultados continúan explotándose a día de hoy, con el objetivo de ampliar los hallazgos obtenidos y superar algunas de sus limitaciones. Así, en la actualidad se está procediendo a la recogida de una muestra de mujeres víctimas de acontecimientos traumáticos puntuales (i.e., agresiones únicas) a fin de establecer comparaciones entre narrativas en función del tipo de trauma (Tipo I vs. Tipo II). Además se están preparando distintos artículos científicos que analizan la implicación de algunas variables evaluadas aquí pero no abordadas, o no abordadas en profundidad. Por ejemplo, se están realizando estudios dirigidos a explorar las relaciones entre la centralidad del trauma (evaluada con la escala CES), la disociación peritraumática y el desarrollo de sintomatología postraumática; el contenido emocional de las narrativas traumáticas (i.e., presencia de distintos tipos de emociones considerando el CASNOT y, eventualmente, el LIWC, además de las palabras empleadas por las propias participantes para describir su estado emocional tras la narrativa); el contenido cognitivo de las narrativas traumáticas (i.e., elementos de significado y de evaluación cognitiva recogidos en el CASNOT y el LIWC); el papel de la especificidad versus generalización del recuerdo traumático (con el CASNOT); y el consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres maltratadas. Hay que mencionar también que, como parte de este proyecto, se añadió un nuevo dominio lingüístico al diccionario del LIWC (fruto de la colaboración con cuatro expertos en el área de violencia), que recoge un gran número de palabras relativas a los malos tratos (e.g.,

“abofetear”, “menospreciar”), y que será explorado como parte de estos estudios. La presencia de alusiones al acontecimiento traumático durante el relato del acontecimiento neutro y positivo (evaluado por el CASNOT) también será analizada, pudiéndose considerar como un indicador adicional de la centralidad de las memorias traumáticas y su impacto en el recuerdo de acontecimientos de distinta valencia. Así mismo, otra posible línea de investigación es la centrada en el estudio de la resiliencia, frente al desarrollo de sintomatología, de manera que podamos conocer también qué aspectos narrativos se encuentran implicados en trayectorias de adaptación positivas. Puesto que las participantes de este trabajo completaron una escala de resiliencia (el cuestionario de resiliencia CD-RISC en su versión reducida, CD-RISC2, Vaishnavi, Connor y Davidson, 2007) se prevé la realización de análisis estadísticos que adopten esta variable como variable dependiente. Finalmente, se procederá en un futuro a la mejora de las propiedades psicométricas del CASNOT, para aumentar la fiabilidad de las categorías narrativas que han mostrado menores índices de acuerdo inter-jueces, y así poder ofrecer un instrumento más consistente para la evaluación de las memorias traumáticas.

12. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Antes de terminar, conviene subrayar algunas de las implicaciones prácticas de esta tesis doctoral, que van más allá de la propuesta de un sistema de codificación para el análisis de las narrativas del trauma. Los hallazgos obtenidos suponen un apoyo al enfoque de los mecanismos básicos de las memorias traumáticas, el cual, en el caso de consolidarse, tendría importantes consecuencias de cara a la conceptualización y el tratamiento del TEPT. En este sentido, podría ser preciso repasar y, en su caso, redefinir los criterios propuestos desde los manuales oficiales de clasificación para el diagnóstico del trastorno. Por ejemplo, en el DSM-5 (APA, 2013), al igual que en sus versiones anteriores (e.g., DSM-IV-TR, APA, 2000), se especifica que una de las características del TEPT puede ser la incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso traumático. A la luz de los resultados encontrados, así como de las investigaciones en torno al efecto túnel, esto no parece tan frecuente como se suponía, y la naturaleza y prevalencia de las amnesias disociativas necesita ser cuidadosamente revisada. Un cambio de enfoque en esta dirección, pasando de la “represión” a la “accesibilidad” de las memorias traumáticas implicaría un cambio de paradigma en el abordaje del TEPT con importantes repercusiones teóricas y prácticas.

A nivel clínico, se puede concluir que la evidencia empírica hasta el momento no apoya la necesidad de aplicar intervenciones terapéuticas dirigidas a la recuperación de los recuerdos reprimidos. No obstante, ello no implica en modo alguno que los pacientes no puedan beneficiarse de la elaboración de las memorias traumáticas. Al contrario, la terapia de exposición narrativa (*NET*, por sus siglas en inglés; Schauer, Neuner y Elbert, 2005) ha mostrado su eficacia favoreciendo la habituación al recuerdo del trauma (e.g., Bichescu, Neuner, Schauer y Elbert, 2007; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara y Elbert, 2004;

para una revisión ver Robjant y Fazel, 2010), y los efectos positivos de los procedimientos de escritura terapéutica (e.g., Pennebaker, 1997; Pennebaker y Chung, 2007; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988), así como de otras muchas técnicas de intervención narrativas, han sido ampliamente documentados (ver García-Martínez, 2012).

Por lo tanto, aunque la accesibilidad de las memorias traumáticas ha mostrado asociarse al TEPT, no parece necesario intervenir con el objetivo de disminuir la centralidad otorgada al evento. Es más, si bien es cierto que las personas que consideran el trauma como un punto de inflexión en su biografía pueden mostrar una peor evolución, de acuerdo con Tedeschi y Calhoun (2004), son éstas también las personas que tienen la oportunidad de marcar un nuevo comienzo, dirigido hacia el cambio positivo y el crecimiento postraumático. La elaboración narrativa del trauma resultaría fundamental para integrar la experiencia, dotarla de significado y poder aprender de ella, de ahí que esta elaboración constituya uno de los principales objetivos de las intervenciones tradicionales del TEPT. Sin negar su importancia, los resultados obtenidos en este trabajo apuntan, eso sí, a la necesidad adicional de complementar estas intervenciones con procedimientos dirigidos también a la recuperación de memorias positivas. El desarrollo de narrativas acerca de experiencias vitales placenteras o felices podría constituir una vía eficaz para aumentar la centralidad y accesibilidad de los recuerdos positivos, que pasarían a ocupar un lugar destacado en la biografía personal y en el modo en que el individuo se entiende a sí mismo. Ello tendría como objetivo final favorecer la creación de una historia vital no dominada por el trauma, que permita trascender la etiqueta de “víctima” para dar cabida a la multitud y complejidad de facetas que conforman la identidad de todo ser humano.

PARTE IV

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GENERALES

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS GENERALES

- Alvarez-Conrad, J., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2001). Linguistic predictors of trauma pathology and physical health. *Applied Cognitive Psychology, 15*, S159–S170. doi:10.1002/acp.839.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 385–392. doi:10.1023/A:1024415523495.
- Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z., & Marcia, J. E. (2000). Coded semi-structured interviews in social psychological research. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social psychology* (pp. 286–312). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.
- Beaudreau S. A. (2006). *Age, narrative length and trauma* (Order No. AAI3191270). Available from PsycINFO (621563427; 2006-99008-208). Retrieved from <http://www.ucm.es/BUCM/checkip.php?/docview/621563427?accountid=14514>.
- Beaudreau, S. A. (2007). Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment? *Journal of Traumatic Stress, 20*, 353–357. doi:10.1002/jts.20206.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory: Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 318–325. doi:10.1016/j.janxdis.2010.01.004.
- Bernard, J. D., Whittles, R. L., Kertz, S. J., & Burke, P. A. (2015). Trauma and event centrality: Valence and incorporation into identity influence well-being more than exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 11–17. doi:10.1037/a0037331.
- Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events: Do memories of traumas and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology*, 15, 135–158. doi:10.1002/acp.838.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research Therapy*, 44, 219–231. doi:10.1016/j.brat.2005.01.009.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417–431. doi:10.1002/acp.1290.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2008). The reappearance hypothesis revisited: Recurrent involuntary memories after traumatic events and in everyday life. *Memory & Cognition*, 36, 449–460. doi: 10.3758/MC.36.2.449.
- Berntsen, D., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2011). Two versions of life: Emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, 11, 1190–1201. doi:10.1037/a0024940.

- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 17*, 675–639. doi:10.1002/acp.894.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2212–2220. doi:10.1016/j.brat.2006.12.006.
- Boals, A. (2010). Events that have become central to identity: Gender differences in the centrality of events scale for positive and negative events. *Applied Cognitive Psychology, 24*, 107–121. doi:10.1002/acp.1548.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129–148. doi:10.1037/0003-066X.36.2.129.
- Bower, G. H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behavior Research and Therapy, 25*, 443–456. doi:10.1016/0005-7967(87)90052-0.
- Bradley, M. M., Greenwald, M. K., Petry, M. C., & Lang, P. J. (1992). Remembering pictures: Pleasure and arousal in memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 18*, 379–390. doi:10.1037/0278-7393.18.2.379.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (1995). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 527–553. doi:10.1002/jts.2490080403.
- Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory, 15*, 227–248. doi:10.1080/09658210701256423.
- Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin, 140*, 69–97. doi:10.1037/a0033722.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686. doi:10.1037/0033-295X.103.4.670.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3.
- Briddon, E., Slade, P., Isaac, C., & Wrench, I. (2011). How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth? *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1001–1007. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.008.
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5, 73–99. doi:10.1016/0010-0277(77)90018-X.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buck, N., Kindt, M., van den Hout, M., Steens, L., & Linders, C. (2007). Perceptual memory representations and memory fragmentation as predictors of post-trauma symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 259–272. doi:10.1017/S1352465806003468.
- Cahill, L., Haier, R. J., Fallon, J., Alkire, M. T., Tang, C., Keator, D., ... McGaugh, J. (1996). Amygdala activity at encoding correlated with long-term, free recall of emotional information. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 93, 8016–8021. doi:10.1073/pnas.93.15.8016.
- Chorney, J. M., McMurtry, C. M., Chambers, C. T., & Bakeman, R. (2015). Developing and modifying behavioral coding schemes in pediatric psychology: A practical guide. *Journal of Pediatric Psychology*, 40, 154–164. doi:10.1093/jpepsy/jsu099.

- Chung, C. K., & Pennebaker, J. W. (2007). The psychological function of function words. In K. Fiedler (Ed.), *Social communication: Frontiers of social psychology* (pp. 343–359). New York: Psychology Press.
- Chung, C. K., & Pennebaker, J. W. (2011). Using computerized text analysis to assess threatening communications and behavior. In C. Chauvin (Ed.), *Threatening communications and behavior: Perspectives on the pursuit of public figures* (pp. 3–32). Washington, D C: National Academies Press.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284–290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261–268. doi:10.1037/0033-295X.107.2.261.
- Conway, R. A., Skitka, L. J., Hemmerich, J. A., & Kershaw, T. C. (2009). Flashbulb memory for 11 September 2001. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 605–623. doi:10.1002/acp.1497.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 149–156. doi:10.1037/tra0000041.
- Crespo, M., & Gómez, M. M. (2012). *Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)* [Global Assessment of Posttraumatic Stress]. Madrid: TEA Ediciones.
- Crespo, M., Gómez, M. M., & Soberón, C. (2017). *EGEP-5: Adaptación al DSM-5 de la Escala de Evaluación Global del Estrés Postraumático* [DSM-5 adaptation of Global Assessment of Posttraumatic Stress Scale]. Madrid: TEA Ediciones.

- D'Andrea, W., Chiu, P., Casas, B., & Deldin, P. (2012). Linguistic predictors of post-traumatic stress disorder symptoms following 11 September 2001. *Applied Cognitive Psychology*, 26, 316–323. doi:10.1002/acp.1830.
- Dekel, S., & Bonanno, G. (2013). Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 26–34. doi:10.1037/a0022750.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos* [Overcome a trauma: Treatment of violence victims]. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
- Eid, J., Johnsen, B. H., & Saus, E. R. (2005). Trauma narratives and emotional processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 503–510. doi:10.1111/j.1467-9450.2005.00482.x.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & McNally, R. J. (2008). Memory consistency for traumatic events in Dutch soldiers deployed to Iraq. *Memory*, 16, 3–9. doi:10.1080/09658210701334022.
- Evans, C., Ehlers, A., Mezey, G., & Clark, D. M. (2007). Intrusive memories in perpetrators of violent crime: Emotions and cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 134–144. doi:10.1037/0022-006X.75.1.134.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo M. (2015). Narrative length and speech rate in battered women. *PLoS ONE*, 10(11):e0142651. doi:10.1371/journal.pone.0142651.

- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (in press). Presentation of the coding and assessment system for narrative of trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses. *Spanish Journal of Psychology*.
- Filkuková, P, Jensen., T. K., Hafstad, G. S., Minde, H. T., & Dyb, G. (2016). The relationship between posttraumatic stress symptoms and narrative structure among adolescent terrorist-attack survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. doi:10.3402/ejpt.v7.29551.
- Fivush, R. (1995). Language, narrative, and autobiography. *Consciousness and Cognition*, 4, 100–103. doi:10.1006/ccog.1995.1010.
- Fivush, R., & Baker-Ward, L. (2005). The search for meaning: Developmental perspectives on internal state language in autobiographical memory. *Journal of cognition and development*, 6, 455–462. doi:10.1207/s15327647jcd0604_1.
- Fleiss, J. L. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76, 378–382. doi:10.1037/h0031619.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690. doi:10.1002/jts.2490080409.
- Foa, E. B., & Riggs, D. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273–303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy of PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foltz, P. W. (1996). Latent semantic analysis for text-based research. *Behavior Research, Methods, Instruments and Computers*, 28, 197–202. doi:10.3758/BF03204765.

- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 215–223.
- Forgas, J. P., Vincze, O., & László, J. (2014). Social cognition and communication: Background, theories, and research. In J. P., Forgas, O. Vincze, & J. László (Eds.), *Social cognition and communication. The Sydney Symposium of Social Psychology* (pp. 1–22). New York: Psychology Press.
- Freer, B. D., Whitt-Woosley, A., & Sprang, G. (2010). Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and Victims*, 25, 742–754. doi:10.1891/0886-6708.25.6.742.
- Freud, S. (1919). Introduction to psycho-analysis and the war neurosis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.17). London: Hogarth.
- Freyd, J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia* [Narrative techniques in psychotherapy]. Madrid: Editorial Síntesis.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132. doi:10.1023/A:1022079418229.
- Gray, M., & Lombardo, T. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S171–S186. doi:10.1002/acp.840.
- Greenhoot, A. F., Sun, S., Bunnell, S. L., & Lindboe, K. (2013). Making sense of traumatic memories: Memory qualities and psychological symptoms in emerging adults with

- and without abuse histories. *Memory*, 21, 125–142. doi:10.1080/09658211.2012.712975.
- Griffin, C. (2004). The advantages and limitations of qualitative research in psychology and education. *Psychological Society of Northern Greece*, 2, 3–15.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219. doi:10.1111/1467-8721.00152.
- Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004) Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 231–240. doi:10.1023/B:JOTS.0000029266.88369.fd.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2009). Reliving and disorganization in posttraumatic stress disorder and panic disorder memories. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 627–630. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b08bdf.
- Hall, N. M., & Berntsen, D. (2008). The effect of emotional stress on involuntary and voluntary conscious memories. *Memory*, 16, 48–57. doi:10.1080/09658210701333271.
- Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: Two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 73–89. doi:10.1016/S0005-7916(02)00014-9.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419–431. doi:10.1037/0022-006X.71.3.419.

- Hashemi, B., Shaw, R. J., Hong, D. S., Hall, R., Nelson, K., & Steiner, H. (2008). Posttraumatic stress disorder following traumatic injury: Narratives as unconscious indicators of psychopathology. *Bulletin of Menninger Clinic*, 72, 179–190. doi:10.1521/bumc.2008.72.3.179.
- Hellawell, S. J., & Brewin, C. R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: Content and language. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1–12. doi:10.1016/S0005-7967(03)00088-3.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457–1463. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760290125015.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Janet, P. (1925). *Psychological Healing: A historical and clinical study*. London: Unwin Brothers.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press.
- Jelinek, L., Randjbar, S., Seifert, D., Kellner, M., & Moritz, S. (2009). The organization of autobiographical and nonautobiographical memory in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 288–298. doi:10.1037/a0015633.
- Jelinek, L., Stockbauer, C., Randjbar, S., Kellner, M., Ehring, T., & Moritz, S. (2010). Characteristics and organization of the worst moment of trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 680–685. doi:10.1016/j.brat.2010.03.014.

- Jobson, L. (2011). Cultural differences in levels of autonomous orientation in autobiographical remembering in Posttraumatic Stress Disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 25, 175–182. doi:10.1002/acp.1660.
- Jobson, L., & O’Kearney, R. (2006). Cultural differences in autobiographical memory of trauma. *Clinical Psychologist*, 10, 89–98. doi:10.1080/13284200600939892.
- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). Content and thematic analysis. In D. F. Marks & L. Yardley (Eds.), *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 56–68). London: SAGE Publications.
- Jones, C., Harvey, A. G., & Brewin, C. R. (2007). The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 151–162. doi:10.1016/j.brat.2006.02.004.
- Kensinger, E. A., & Corkin, S. (2004). Two routes to emotional memory: Distinct neural processes for valence and arousal. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 101, 3310–3315. doi:10.1073/pnas.0306408101.
- Kensinger, E. A., & Schacter, D. L. (2008). Memory and emotion. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 601–617). New York, NY: Guilford Press.
- Kleim, B., Wallott, F., & Ehlers, A. (2008). Are trauma memories disjointed from other autobiographical memories in posttraumatic stress disorder? An experimental investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 221–234. doi:10.1017/S1352465807004080.
- Klein, I., & Janoff-Bulman, R. (1996). Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20, 45–54. doi:10.1016/0145-2134(95)00114-X.

- Koss, M. P., Figueredo, A. J., Bell, I., Tharan, M., & Tromp, S. (1996). Traumatic memory characteristics: A cross-validated mediational model of response to rape among employed women. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 421–432. doi:10.1037/0021-843X.105.3.421.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kuyken, W., & Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 89–92. doi:10.1111/j.2044-8260.1995.tb01441.x.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174. doi:10.2307/2529310.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Lindblom, K., & Gray, M. (2010). Relationship closeness and trauma narrative detail: A critical analysis of betrayal trauma theory. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 1–19. doi:10.1002/acp.1547.
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 525–548. doi:10.1002/jts.2490070403.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518–537. doi:10.1037/0003-066X.48.5.518.
- Manne, S. (2002). Language use and post-traumatic symptomatology in parents of pediatric cancer survivors. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 608–629. doi:10.1111/j.1559-1816.2002.tb00233.x.

- Manzanero, A. L. (2010). Recuerdo de hechos traumáticos: de la introspección al estudio objetivo. [Memory for traumatic events: From introspection to the empirical study]. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 149–164.
- Manzanero, A. L., & López, B. (2007). Características de los recuerdos autobiográficos sobre sucesos traumáticos. [Characteristics of autobiographical memories about traumatic events]. *Boletín de Psicología*, 90, 7–17.
- Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Otte, C. (2004). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 144–167). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J.D. Bremner, & C.R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 229–252). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McGaugh, J. L. (2003). *Memory and emotion. The making of lasting memories*. New York: Columbia University Press.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Megías, J. L., Ryan, E., Vaquero, J. M. M., & Frese, B. (2007). Comparisons of traumatic and positive memories in people with and without PTSD profile. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 117–130. doi:10.1002/acp.1282.
- Mehl, M. R. (2006). Quantitative text analysis. In M. Eid & E. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 141–156). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Morgan, C. D. & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289–306. doi:10.1001/archneurpsyc.1935.02250200049005.

- Murray, E. J., Lamnin, A. D., & Carver, C. S. (1989). Emotional expression in written essays and psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 414–429. doi:10.1521/jscp.1989.8.4.414.
- Negrao, C., II, Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: Distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment*, 10, 350–363. doi:10.1177/1077559505279366.
- Nelson, K. (1999). Event representations, narrative development and internal working models. *Attachment & Human Development*, 1, 239–252. doi:10.1080/14616739900134131.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579–587. doi:10.1037/0022-006X.72.4.579.
- Ng, L. C., Ahishakiye, N., Miller, D. E., & Meyerowitz, B. E. (2015). Narrative characteristics of genocide testimonies predict posttraumatic stress disorder symptoms years later. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 303–311. doi:10.1037/tra0000024.
- O’Kearney, R., Hunt, A., & Wallace, N. (2011). Integration and organization of trauma memories and posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 716–725. doi:10.1002/jts.20690.
- O’Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81–93. doi:10.1002/jts.20099.

- Ost, J., Granhag, P., Udell, J., & Roos af Hjelmsäter, E. (2008). Familiarity breeds distortion: The effects of media exposure on false reports concerning media coverage of the terrorist attacks in London on 7 July 2005. *Memory*, 16, 76–85. doi:10.1080/09658210701723323.
- Papini, S., Yoon, P., Rubin, M., López-Castro, T., & Hien, D. A. (2015). Linguistic characteristics in a non-trauma-related narrative task are associated with PTSD diagnosis and symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 295–302. doi:10.1037/tra0000019.
- Peace, K. A., Porter, S., & ten Brinke, L. (2008). Are memories for sexually traumatic events "special"? A within-subjects investigation of trauma and memory in a clinical sample. *Memory*, 16, 10–21. doi:10.1080/09658210701363583.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162–166. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x.
- Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman & R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 263–284). New York: Oxford University Press.
- Pennebaker, J. W., Chung, C. K., Ireland, M. E., Gonzales, A. L., & Booth, R. J. (2007). *The development and psychometric properties of LIWC2007*. Austin, TX: LIWC.net.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. (1996). Cognitive, emotional and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601–626. doi:10.1080/026999396380079.
- Pennebaker, J. W., & Francis, M. (1999). *LIWC: Linguistic inquiry and word count*. Austin, TX: University of Texas.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Booth, R. J. (2001). *Linguistic inquiry and word count*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239–245. doi:10.1037/0022-006X.56.2.239.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual Review of Psychology*, 54, 547–577. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145041.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 137–145. doi:10.1037/0022-0167.52.2.137.
- Popping, R. (2000). *Computer-assisted text analysis*. London: Sage.
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S101–S117. doi:10.1002/acp.766.
- Porter, S., & Peace, K. A. (2007). The scars of memory: A prospective, longitudinal investigation of the consistency of traumatic and positive emotional memories in adulthood. *Psychological Science*, 18, 435–441. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01918.x.
- Ramírez-Esparza, N., Pennebaker, J. W., García, A. F., & Suriá, R. (2007). La psicología del uso de las palabras: un programa de computadora que analiza textos en español [The psychology of word use: A computer program that analyzes texts in Spanish]. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 85–99.
- Randolph, J. J. (2005). Free-marginal multirater kappa: An alternative to Fleiss' fixed-marginal multirater kappa. Paper presented at the *Joensuu University Learning and Instruction Symposium 2005*, Joensuu, Finland, October 14-15th, 2005. ([ERIC Document Reproduction Service No. ED490661](#)).

- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M., & Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico [Psychopathological consequences of domestic violence]. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105–116.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 1030–1039. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.004.
- Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 465–472. doi:10.1037/a0035169.
- Rubin, D. C. (2011). The coherence of memories for trauma: Evidence from posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition*, 20, 857–865. doi:10.1016/j.concog.2010.03.018.
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory and Cognition*, 31, 1–14. doi:10.3758/BF03196077.
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985–1011. doi:10.1037/a0013397.
- Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 591–614. doi:10.1037/a0013165.

- Rubin, D. C., Deffler, S. A., Ogle, C. M., Dowell, N. M., Graesser, A. C., & Beckham, J. C. (2016). Participant, rater, and computer measures of coherence in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 125*, 11–25. doi:10.1037/abn0000126.
- Rubin, D. C., Dennis, M. F., & Beckham, J. C. (2011). Autobiographical memory for stressful events: The role of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition, 20*, 840–856. doi:10.1016/j.concog.2011.03.015.
- Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Reliving, emotions, and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 18*, 17–35. doi:10.1002/acp.950.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2004a). La memoria autobiográfica y el problema de la fiabilidad de los recuerdos [Autobiographical memory and the problem of memory reliability]. *Revista de Literatura: Quimera, 240*, 27–30.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2004b). Claves de la memoria autobiográfica. In M. H. Hermosilla Álvarez & C. Prieto (Eds.), *Autobiografía en España, un balance: actas del congreso internacional celebrado en la Facultad de Filosofía y Letras de Córdoba del 25 al 27 de Octubre de 2001* (pp. 183–222). Madrid: Visor Libros.
- Safer, M. A., Christianson, S.-Å., Autry, M. W., & Österlund, K. (1998). Tunnel memory for traumatic events. *Applied Cognitive Psychology, 12*, 99–117. doi:10.1002/(SICI)1099-0720(199804)12:2<99::AID-ACP509>3.0.CO;2-7.
- Schacter, D. L., Norman, K. A., & Koutstaal, W. (1998). The cognitive neuroscience of constructive memory. *Annual Review of Psychology, 49*, 289–318. doi:10.1146/annurev.psych.49.1.289.

- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *The victim's voice: A training manual for narrative exposure therapy. A treatment program for survivors of war, terror and torture*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short term treatment for traumatic stress disorders* (2nd ed.). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- Schmidt, S. R. (2004). Autobiographical memories for the September 11th attacks: Reconstructive errors and emotional impairment of memory. *Memory & Cognition*, 32, 443–454. doi:10.3758/BF03195837.
- Shobe, K. K., & Kihlstrom, J. F. (1997). Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6, 70–74. doi:10.1111/1467-8721.ep11512658.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420–428. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420.
- Siegmán, A. W., & Boyle, S. (1993). Voices of fear and anxiety and sadness and depression: The effects of speech rate and loudness on fear and anxiety and sadness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 430–437. doi:10.1037/0021-843X.102.3.430.
- Smith, C. P. (1992). *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Smith, C. P. (2000). Content analysis and narrative analysis. In H. T. Reis & C. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 313–335). New York: Cambridge University Press.
- Staugaard, S. R., Johannessen, K. B., Thomsen, Y. D., Bertelsen, M., & Berntsen, D. (2015). Centrality of positive and negative deployment memories predicts

- posttraumatic growth in Danish veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 362–377. doi:10.1002/jclp.22142.
- Stone, P. J, Dunphy, D. C., Smith, M. S., & Ogilvie, D. M. (1966). *The General Inquirer: A computer approach to content analysis*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 591–598. doi:10.1348/014466505X64081.
- Talarico, J. M., Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2009). Positive emotions enhance recall of peripheral details. *Cognition and Emotion*, 23, 380–398. doi:10.1080/02699930801993999.
- Talarico, J. M., LaBar, K. S., & Rubin, D. C. (2004). Emotional intensity predicts autobiographical memory experience. *Memory & Cognition*, 32, 1118–1132. doi:10.3758/BF03196886.
- Talarico, J. M., & Rubin, D. C. (2003). Confidence, not consistency, characterizes flashbulb memories. *Psychological Science*, 14, 455–461 doi:10.1111/1467-9280.02453.
- Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of Language and Social Psychology*, 29, 24–54. doi:10.1177/0261927X09351676.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18. doi:10.1207/s15327965pli1501_01.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20. doi:10.1176/ajp.148.1.10.

- Terr, L. (1994). *Unchained memories: True stories of traumatic memories, lost and found*. New York: Basic Books.
- Tuval-Mashiach, R., Freedman, S., Bargai, N., Boker, R., Hadar, H., & Shalev, A. Y. (2004). Coping with trauma: Narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry*, 67, 280–293. doi:10.1521/psyc.67.3.280.48977.
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson (2007). Abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152, 293–297. doi:10.1016/j.psychres.2007.01.006.
- van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 389–411.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525. doi:10.1002/jts.2490080402.
- van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K. (2002). Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 255–258. doi:10.1023/A:1015263513654.
- Walker, R. W., Skowronski, J. J., & Thompson, C. P. (2003). Life is pleasant—and memory helps to keep it that way. *Review of General Psychology*, 7, 203–210. doi:10.1037/1089-2680.7.2.203.
- Wechsler D. (1997). *Wechsler adult intelligence scale* (3rd ed.) San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- White, R. T. (2002). Memory for events after twenty years. *Applied Cognitive Psychology*, 16, 603–612. doi:10.1002/acp.819.

Williams, J. M., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689–695. doi:10.1017/S0033291700008370.

PARTE V

ANEXOS

ANEXO I. PRUEBA DEL ESTADO DE LAS PUBLICACIONES

I.I. PRIMERA PÁGINA DE LAS PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS

I.II. CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA PUBLICACIÓN 4 (ESTUDIO EMPÍRICO 3)

ANEXO II. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

II.I. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EL GRUPO DE TRAUMA (VP)

- a.** Hoja informativa y consentimiento informado
- b.** Screening (O)
- c.** Instrumentos de evaluación heteroaplicados (A)
- d.** Instrumentos de evaluación autoaplicados (B)
- e.** Instrumentos de evaluación post-narrativas (C)

II.II. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EL GRUPO CONTROL (CO)

- a.** Hoja informativa y consentimiento informado
- b.** Screening (O)
- c.** Instrumentos de evaluación heteroaplicados (A)

*El resto del protocolo (instrumentos B y C) es idéntico al utilizado para la evaluación del grupo de trauma (VP)

ANEXO III. SISTEMA DE CODIFICACIÓN Y EVALUACIÓN PARA NARRATIVAS DEL TRAUMA (CASNOT)

III.I. MANUAL DE APLICACIÓN DEL CASNOT

III.II. HOJAS DE CODIFICACIÓN

ANEXO I. PRUEBA DEL ESTADO DE LAS PUBLICACIONES

I.I. PRIMERA PÁGINA DE LAS PUBLICACIONES

EN REVISTAS CIENTÍFICAS

Memory and Narrative of Traumatic Events: A Literature Review

Maria Crespo and Violeta Fernández-Lansac
Complutense University

This study presents a literature review of 22 studies published since 2004 that use linguistic procedures to evaluate narratives by persons who had suffered any traumatic event. The aim is to analyze the features of traumatic memories and, thus, how individuals construct and integrate their recall of what happened with other autobiographical memories. It uses cognitive theoretical models of posttraumatic stress disorder (PTSD) and their hypotheses about trauma memories as a framework. Findings reveal that trauma narratives are dominated by sensorial/perceptual and emotional details. The study of other narrative aspects (i.e., fragmentation, length, temporal context, and references to self) provides heterogeneous results. Results are discussed in light of the current state of PTSD research, exploring the principal hypotheses that have been proposed in cognitive theories to explain clinical findings.

Keywords: posttraumatic stress disorder (PTSD), trauma narrative, autobiographical memory, linguistic measure

Supplemental materials: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000041.supp>

This document is copyrighted by the American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

Research into posttraumatic stress disorder (PTSD) has focused on how individuals construct and integrate their recall of traumatic events with other autobiographical memories (e.g., memory about “my wedding day” or “my graduation test”). According to cognitive theories of PTSD, the emergence of psychological symptoms depends on whether the traumatic representation has been successfully assimilated and reconciled with the prior autobiographical information (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000) or with the basic assumptions or preexisting schemata about the world and oneself (Janoff-Bulman, 1992). Therefore, several authors assume that traumatic memories in PTSD remain disjointed from other autobiographical memories (Foa, Molnar, & Cashman, 1995; Kleim, Wallott, & Ehlers, 2008). Based on this approach, it has been claimed that *special mechanisms*, such as peritraumatic dissociation, are involved in trauma memories, leading to processing failures (see Rubin, Boals, & Berntsen, 2008). Foa and Riggs (1993) explain that strong anxiety during encoding might result in disorganized memories that cannot readily be recovered. From a neuroanatomical view, failures in the functioning of structures such as the hippocampus and the frontal lobe could be involved in alterations of declarative memory (Bremner, Krystal, Southwick, & Charney, 1995).

On the other hand, a sense of reliving or *flashbacks* is a common feature of memory in PTSD. Flashbacks are involuntary memories

that are triggered by perceptual cues and are dominated by vivid sensorial details. Theoretical models of PTSD have attempted to explain the relationships between *voluntary* and *involuntary* memories. Brewin et al. (1996) differentiate two memory systems that operate in parallel: (a) a *verbally accessible memory* (VAM) system and (b) a *situationally accessible memory* (SAM) system. The first one comprises voluntary memories that are integrated with other autobiographical memories, whereas the SAM system contains nonverbal information without a temporal context whose access is automatic. Thus, a premature inhibition of emotional processing can occur in PTSD, leading to enhanced encoding of SAM and reduced encoding of VAM. Ehlers and Clark (2000) conclude that processing during trauma may be predominantly *data-driven* (or *bottom up*) rather than *conceptual* (*top down*). Data-driven processing results in poor and fragmented memories dominated by sensory impressions. Due to isolation of trauma memories, an inability to establish a *self-referential perspective* (i.e., first-person perspective) and a temporal continuity (i.e., ordering events within a past context) is usual in PTSD.

Since it is not possible to recreate traumatic conditions in a laboratory, *narrative studies* are used as the main option to access the content of memories. Aiming to collect all of the narrative research conducted to date, O’Kearney and Perrott (2006) reviewed studies published from 1995 to 2004 that focused on the nature of trauma narratives in PTSD using either linguistic indices or self-rated measures. Results were classified based on whether they reported information about (a) sensory/perceptual and emotional language or conceptual/cognitive words (i.e., words indicating causal and insightful thinking); (b) narrative disorganization or fragmentation; (c) disruptive temporal context; and (d) nature of references to self. These authors found that traumatic narratives were dominated by sensorial/perceptual/emotional details. Sensorial aspects were particularly common in persons with strong dissociation and in descriptions of flashbacks. Van der Kolk and Finkelhor (1995) argue that traumatic memories are initially stored as

This article was published Online First April 27, 2015.

Maria Crespo and Violeta Fernández-Lansac, Department of Clinical Psychology, Complutense University.

This research was supported by the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness (Project PSI2012-31952) and by Grant 2011/2015 given by Complutense University at Madrid to Violeta Fernández-Lansac.

Correspondence concerning this article should be addressed to Maria Crespo, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas s/n, 28223 Madrid, Spain. E-mail: mcrespo@psi.ucm.es

RESEARCH ARTICLE

Narrative Length and Speech Rate in Battered Women

Violeta Fernández-Lansac¹, María Crespo^{2*}¹ Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, Madrid, Spain,
² Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, Madrid, Spain* mcrespo@psi.ucm.es

OPEN ACCESS

Citation: Fernández-Lansac V, Crespo M (2015) Narrative Length and Speech Rate in Battered Women. PLoS ONE 10(11): e0142651. doi:10.1371/journal.pone.0142651

Editor: Firas H Kobeissy, University of Florida, UNITED STATES

Received: August 6, 2015

Accepted: October 26, 2015

Published: November 10, 2015

Copyright: © 2015 Fernández-Lansac, Crespo. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper.

Funding: This work was supported by the Project PSI2012-31952 from the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness Grant 2011/2015 from the Complutense University at Madrid (awarded to V. Fernández-Lansac). The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Abstract

Narrative length and speech rate of traumatic recollections have been previously associated with different emotions and adjustment trajectories after trauma. However, the evidence is limited and the results are mixed. The present study aimed to evaluate length (i.e., word count) and speech rate (i.e., words per minute) in narratives of events with different valence (i.e., neutral, positive, and negative/traumatic) by 50 battered women (trauma group) and 50 non-traumatized women (controls). The results showed that traumatic narratives by the trauma group were longer than those by the control group. Moreover, they were inversely related to time since the event and anxiety during disclosure, whereas the speech rate was also inversely associated with anxiety, as well as with peritraumatic dissociation and avoidance. The shorter narratives for positive events and a decelerated speech pattern for traumatic experiences predicted psychological symptoms. Additionally, the individual's emotional state predicted narrative aspects, with bidirectional effects. Our findings showed that linguistic characteristics of traumatic narratives (but also of narratives of positive events) revealed information about how the victims elaborated autobiographical memories and coped with the trauma.

Introduction

The nature of trauma narratives and their relationship with posttraumatic symptoms have received growing interest aimed to prove psychological mechanisms involved in the memories of traumatic events and in the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). Narrative studies focus on establishing the connection between adjusting after trauma and integrating the memory of the event within the autobiographical memory system (for a review, see [1,2]).

Among the structural aspects of traumatic memories, *narrative length* has received attention because it is considered to reveal particular aspects of psychological functioning after a traumatic experience [3,4]. It is widely known that emotional events are better remembered than non-emotional ones, and it has been observed that an elevated emotional response can lead to an enhanced memory [5,6]. As a result, high arousal might result in longer trauma narratives [4, 7, 8]. Furthermore, due to the salience of trauma in personal life history or event centrality, it has been generally assumed that trauma narratives tend to be longer and more detailed

Quality of Memories in Women Abused by Their Intimate Partner: Analysis of Traumatic and Nontraumatic Narratives

Violeta Fernández-Lansac and María Crespo

Department of Clinical Psychology, Complutense University, Madrid, Spain

Traditional models of posttraumatic stress disorder (PTSD) claim that the high emotional intensity of traumatic events leads to deficits in the voluntary access of traumatic memories. This may result in disorganized narratives, with a high sense of emotional and sensory reliving. Alternatively, the basic mechanisms view suggests that high arousal leads to more available involuntary and voluntary memories. Traumatic narratives would not be impaired; indeed, they would be immersive and rich in detail. To test this perspective, this study compared the trauma narratives of 50 battered women (trauma-exposed group) with narratives about positive experiences and narratives of 50 nonexposed women (controls), and analyzed the relationship between trauma narrative aspects and the severity of PTSD. Results showed that trauma narratives were detailed, oriented, and coherent. Affective process words and emotional tone were related to trauma centrality and anxiety during disclosure, and predicted the severity of PTSD ($R^2 = .26$). These variables, together with the use of present tense verbs, accounted for a significant variance in intrusions ($R^2 = .34$). As hypothesized, narrative aspects related to a sense of reliving and narrative immersion were better predictors of PTSD than aspects reflecting impaired access to voluntary traumatic memories.

Research focused on traumatic narratives has shown that these narratives differ from narratives about other life experiences, and this research has generated a broad debate about the nature of traumatic memories and its relationship with post-traumatic stress disorder (PTSD). According to Porter and Birt (2001), two main approaches have been proposed: (a) the traumatic memory argument, which claims that traumatic memories are impaired as a consequence of the encoding of overwhelming emotional conditions; and (b) the trauma equivalency or trauma superiority argument, which states that traumatic memories are facilitated and even enhanced, leading to vivid and coherent recollections. These perspectives resemble the Rubin, Boals, and Berntsen (2008) distinction between the special mechanisms view and the basic mechanisms view of traumatic memories and PTSD. Both views agree on the centrality of memory in PTSD and highlight an increase in emotional arousal linked to the experience of traumatic events. However, they differ in their approaches to the encoding and recovering of traumatic

memories. In the special mechanisms view, distinct mechanisms are involved, whereas in the basic mechanisms view, trauma memories undergo the same processes as memories of other emotional events (see Rubin, Boals et al., 2008).

The special mechanisms view has received broad support from clinical practice and theoretical models of PTSD. Traditional cognitive theories (e.g., Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000) have argued that high arousal during trauma would lead to impairment in memory processing due to the action of unique mechanisms such as peritraumatic dissociation. Consequently, traumatic events would be represented nonverbally, resulting in isolated memories that are poorly integrated with their context and with other autobiographical memories. Together with impaired access to the declarative memory of the event, in PTSD there would be increased involuntary memory of the trauma in the form of emotional and sensory fragments (i.e., intrusive memories or flashbacks) that seem to be happening in the present (Brewin, 2007; Ehlers & Clark, 2000). This distinction between voluntary and involuntary memories is believed to reflect the existence of two different systems of information processing and storing, comprised of those that are verbally accessible versus situationally accessible (Brewin et al., 1996).

Alternatively, there is substantial evidence that high arousal may improve rather than impair the quality of memory, and that emotionally evocative events are better remembered than nonemotional ones (Kessinger & Schachter, 2008). Traumatic memories may act as a landmark in autobiographical memory and remain highly accessible (Berntsen & Rubin, 2007). Therefore, the basic mechanisms view claims that the high emotional

This research was supported by the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness (project PSI2012-31952) and by a grant (2011/2015) from the Complutense University at Madrid to V. Fernández-Lansac. Special thanks to all the women included in this study and to the Beccaria Association for Assistance to Victims and the Federation of Progressive Women for their help in contacting battered women in the experimental group.

Correspondence concerning this article should be addressed to María Crespo, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, s/n, 28223-Madrid, Spain. E-mail: mcrespo@psi.ucm.es

Copyright © 2017 International Society for Traumatic Stress Studies. View this article online at wileyonlinelibrary.com
DOI: 10.1002/jts.22154

ANEXO I. PRUEBA DEL ESTADO DE LAS PUBLICACIONES

I.II. CARTA ACEPTACIÓN DE LA PUBLICACIÓN 4 (ESTUDIO EMPÍRICO 3)



Facultad de Psicología



Javier Bandrés, Editor of *"The Spanish Journal of Psychology"*, Faculty of Psychology, Universidad Complutense de Madrid

CERTIFIES THAT:

The article titled ***"Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish Battered Women and Preliminary Analyses"*** by the authors **Violeta Fernández-Lansac and María Crespo** has been accepted for publication in our journal.

In witness whereof, I hereby sign and issue this certificate in Madrid on December 16, 2016.

A handwritten signature in blue ink, followed by a horizontal line and an official circular stamp of the Facultad de Psicología. The stamp contains the text "FACULTAD DE PSICOLOGIA".

ANEXO II. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

II.I. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EL GRUPO DE TRAUMA (VP)

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con distintas asociaciones de mujeres, está efectuando un estudio titulado “**memoria autobiográfica en víctimas de violencia de género**”, cuyo objetivo es valorar el modo en que las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja recuerdan lo sucedido, y analizar las consecuencias psicológicas que se derivan de esta experiencia. El objetivo final de este proyecto es el de proponer pautas para la adecuada atención a las víctimas, tanto a nivel individual como a nivel social e institucional, a fin de amortiguar el impacto emocional que tiene sobre ellas la difícil situación que han vivido.

Para la realización de este estudio estamos evaluando a mujeres víctimas de malos tratos y recogiendo sus vivencias personales en relación a los hechos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si decide participar le realizaremos una serie de preguntas de carácter absolutamente confidencial y que no le comprometerán a nada. Asimismo grabaremos en audio su relato de los hechos. Aunque escriba su nombre y su teléfono, sus datos no serán divulgados de manera que se pueda reconocer a quien pertenecen. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. La grabación realizada, tras ser analizada por el personal del equipo investigador, será destruida, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

Si en cualquier momento desea abandonar la evaluación puede hacerlo, sin que ello le perjudique de forma alguna y sin que tenga que dar ningún tipo de explicación. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a María Crespo López (psicóloga del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: mcrespo@psi.ucm.es

Yo,.....(nombre y apellidos),

- ☐ He sido informado por la psicóloga:.....
- ☐ He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el Proyecto de Investigación: “*Memoria autobiográfica en víctimas de violencia de género*”.
- ☐ He recibido suficiente información sobre dicho Proyecto.
- ☐ Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- ☐ Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____ Firma: _____

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a mcrespo@psi.ucm.es.

SCREENING (O)

CÓDIGO: (VP)

FECHA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

**A COMPLETAR CON LOS DATOS PROPORCIONADOS POR LA PERSONA DE CONTACTO
(PREFERENTEMENTE POR EL PSICÓLOGO/A)**

1. Edad: _____

2. El castellano es su lengua materna

0. No
1. Sí

3. Ha sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja

0. No
1. Sí

4. Meses transcurridos desde el primer episodio de violencia: _____

5. Está en tratamiento psicológico en la actualidad

0. No
1. Sí (indicar: número de meses que lleva en tratamiento: _____)
número de sesiones que lleva de tratamiento: _____
tipo de tratamiento: _____)

**6. Posee algún tipo de impedimento o limitación (enfermedad física o mental,
analfabetismo, discapacidad, etc.) que dificulte su participación**

0. No
1. Sí

***Criterios de inclusión:**

- Se debe marcar "1" en las preguntas 2 y 3
- Se debe marcar "0" en la pregunta 6
- La edad (pregunta 1) debe ser **superior a los 18 años**
- El tiempo transcurrido desde el primer episodio (pregunta 4) debe ser **superior a 1 mes**

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (A)

CÓDIGO: (VP)

FECHA: _____

SECUENCIA:

+/-	-/+
-----	-----

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

En primer lugar voy a formularle una serie de preguntas a fin conocer algunos datos suyos personales. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no le comprometen a nada. Si en algún momento se siente incómoda no dude en comunicármelo.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad?

0. Española

1. Otra (indicar cuál: _____)

3. ¿Cuál es su lengua materna?

0. Castellano

1. Otra (indicar cuál: _____)

4. ¿Cuál es su estado civil?

0. Soltera

1. Casada o conviviendo en pareja

2. Divorciada o Separada

3. Viuda

5. ¿Tiene hijos?

0. No (SALTAR ÍTEMS 24, 25 Y 26)

1. Sí

6. ¿Qué estudios ha completado?

0. Sin estudios (no sabe leer y/o escribir. Sabe leer y escribir, pero fue menos de tres años a la escuela)

1. Primarios (hasta 11-12 años. Antes del bachiller elemental, hasta ingreso; 1º a 6º de EGB; Educación primaria de la LOGSE)

2. Educación Secundaria de Primer grado (12 a 16 años. Bachiller Elemental; 7º y 8º de EGB; 1º y 2º de BUP; 1º a 4ª ESO; FPI, Maestría industrial; Graduado escolar, certificado escolar)

3. Educación Secundaria de Segundo Grado (16 a 18 años. Bachiller Superior; 3º BUP y COU; FPI I y FPI II; 1º y 2º de Bachillerato)

4. Estudios Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados, etc.)

7. ¿Cuál es su actividad laboral en la actualidad?

0. Trabajadora a tiempo completo (por cuenta ajena o autónoma)
1. Trabajadora a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónoma)
2. Parada
3. Ama de casa
4. Jubilada
5. Estudiante
6. Discapacidad o incapacitación reconocida
7. Otra (indicar cuál: _____)

Ahora voy a realizarle algunas preguntas en relación a los malos tratos que ha sufrido y algunas de las consecuencias que ha tenido para usted. Se trata de preguntas muy concretas. Más adelante analizaremos con mayor profundidad su experiencia.

8. ¿Durante cuánto tiempo ha sufrido malos tratos por parte de su pareja? (indicar número de meses: _____)

9. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que sufrió la última agresión por parte de su pareja? (indicar número de meses: _____)

10. ¿Mantiene en la actualidad contacto con la pareja que la maltrató?

0. No
1. Sí, pero no mantiene una relación de pareja
2. Sí, mantiene la relación de pareja actualmente

11. Por parte de su (ex)pareja, ¿ha sufrido...?

a.	Agresiones físicas	SI	NO
b.	Agresiones psicológicas	SI	NO
c.	Agresiones sexuales	SI	NO

12. ¿Con qué frecuencia se daban los malos tratos? Si la frecuencia de los malos tratos varió en el tiempo, piense únicamente en el último año de relación

0. Un solo episodio (SALTAR ITEMS 27-34)
1. Ocasionalmente (contados episodios)
2. Menos de una vez al mes
3. Mensualmente
4. Semanalmente
5. A diario o casi a diario

13. ¿Requirió en algún momento atención médica por estas agresiones?

0. No (IR AL ÍTEM 15)
1. Sí

14. *¿Estuvo en algún momento hospitalizada debido a esas agresiones?

0. No
1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)

15. ¿Le queda algún tipo de secuela física en la actualidad como consecuencia de estas agresiones?

0. No
1. Sí (indicar cuál/es: _____)

16. ¿Denunció a su (ex) pareja por malos tratos?

- 0. No (IR AL ÍTEM 19)
- 1. Sí (indicar número de denuncias: _____)

17. *¿Su (ex) pareja fue declarada culpable?

- 0. No
- 1. Sí

18. *¿Está de acuerdo con la sentencia?

- 0. No
- 1. Sí

19. Antes de sufrir malos tratos, ¿cómo valoraba el apoyo que recibía por parte de su entorno social (familiares, amigos...)?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

20. Y después de sufrir malos tratos, ¿diría que el apoyo social que recibió era...?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

21. En alguna ocasión ¿ha sufrido malos tratos por parte de otra pareja diferente a la que se refiere?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número: _____)

22. En alguna ocasión ¿ha sufrido malos tratos por parte de una persona que no fuese su pareja?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número: _____, y relación con el agresor/es: _____)

23. En su familia de origen, ¿ha habido experiencias de maltrato, por ejemplo, entre sus padres u otros familiares?

- 0. No
- 1. Sí (especificar: agresor/víctima: _____ / _____
agresor/víctima: _____ / _____)

24. *En caso de que tenga hijos, ¿éstos son hijos también de la pareja que la maltrató?

- 0. No
- 1. Sí, pero no todos
- 2. Sí, todos

25. *Sus hijos, ¿han sufrido alguna vez malos tratos por parte de su (ex) pareja?

- 0. No
- 1. Sí

26. *Sus hijos, ¿han presenciado alguna vez malos tratos por parte de su (ex) pareja hacia usted?

- 0. No
 - 1. Sí
-

Ahora quiero que me describa muy brevemente (en una frase) el peor episodio de malos tratos por parte de su (ex) pareja que recuerde, ya se produjesen agresiones físicas, sexuales o psicológicas. Más adelante le pediré una descripción detallada de lo que pasó.

(Anotar descripción: _____
_____)

Conteste por favor a las siguientes preguntas únicamente en relación a ese episodio (NO SI SOLO HA HABIDO UN EPISODIO).

27. *¿Hace cuanto tiempo sucedió ese episodio (peor episodio de malos tratos)? (indicar número de meses: _____)

28. *En este episodio, ¿sufrió...?

a.	Agresiones físicas	SI	NO
b.	Agresiones psicológicas	SI	NO
c.	Agresiones sexuales	SI	NO

29. *¿Cuánto tiempo duró este episodio? _____ días, _____ horas, _____ minutos

30. *¿Durante el episodio perdió en algún momento el conocimiento?

- 0. No
- 1. Sí (indicar duración en minutos de la pérdida de consciencia: _____)

31. *¿Requirió atención médica como consecuencia de este episodio?

- 0. No (IR AL ITEM 33)
- 1. Sí

32. *En ese caso, ¿estuvo hospitalizada como consecuencia de estas agresiones?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)

33. *¿Le queda algún tipo de secuela física como consecuencia de este episodio?

- 0. No
- 1. Sí (indicar cuál/es: _____)

34. *¿Denunció, tras este episodio, a su (ex) pareja por malos tratos?

- 0. No
- 1. Sí

Para finalizar la entrevista, conteste por favor a las siguientes preguntas.

35. En el último año, ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, pastillas para dormir, barbitúricos, valium, ansiolíticos...)?

- 0. No (IR AL ITEM 37)
- 1. Sí (indicar nombre de fármaco/s: _____)

36. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado este/alguno de estos psicofármaco/s?

- 0. Una o menos veces al mes
- 1. 2-4 veces al mes
- 2. 2-3 veces por semana
- 3. 4 ó más veces por semana

37. A causa de los malos tratos sufridos, ¿ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

- 0. No
- 1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

38. ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por otras causas distintas a los malos tratos que ha sufrido?

- 0. No
- 1. Sí

39. ¿Se encuentra en tratamiento psicológico en la actualidad?

- 0. No
- 1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

40. En este último año, ¿con qué frecuencia ha tomado alguna “bebida” que contenga alcohol?

- 0. Nunca (IR AL ITEM 43)
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. 2-4 veces al mes
- 3. 2-3 veces por semana
- 4. 4 ó más veces por semana

41. *En el último año, ¿cuántas “bebidas alcohólicas” ha tomado durante un día típico en el que había bebido?

- 0. 1 ó 2
- 1. 3 ó 4
- 2. 5 ó 6
- 3. 7 a 9
- 4. 10 ó más

42. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

43. En el último año, ¿ha utilizado alguna otra sustancia (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...)? (NO SE INCLUYEN PSICOFÁRMACOS)

- 0. No (TERMINAR LA ENTREVISTA)
- 1. Sí (indicar nombre de sustancia/s: _____)

44. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado esta/alguna de estas sustancia/s?

- 0. Una o menos veces al mes
- 1. 2-4 veces al mes
- 2. 2-3 veces por semana
- 3. 4 ó más veces por semana

WAIS-III (V)

Ahora vamos a hacer algo diferente. Quiero que me diga el significado de algunas palabras. Escuche atentamente y dígame qué significan las palabras que voy a decirle. ¿Está preparada? (IR MOSTRANDO TARJETAS CON PALABRAS)

RETORNO: Con 0 ó 1 en elementos 4 ó 5, aplicar elementos 1 a 3 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos

TERMINACIÓN: 6 puntuaciones consecutivas de 0

Elemento		Respuestas	Punt.		
1	Cama		0	1	2
16	Fortaleza		0	1	2
33	Ominoso		0	1	2

A fin de preservar los derechos de autor del WAIS-III solo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Wechsler, 1997. (Adaptación española, 1999, TEA Ediciones).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (B)

CÓDIGO: (VP)

A. EGEP

Conteste a las siguientes preguntas en relación al PEOR EPISODIO de malos tratos que ha descrito anteriormente.

1. Valore la intensidad del episodio en la siguiente escala:

- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Grave
- ☐ Extrema

2. ¿Cuándo sufrió ese episodio?

- ☐ En la infancia o adolescencia
- ☐ Hace más de 1 mes pero menos de 3 meses
- ☐ Hace más de 3 meses
- ☐ En el último mes

Durante ese episodio ¿se sintió usted...?

4. Indefensa	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--------------	-----------------------------	-----------------------------

Ese episodio implicó...

8. Amenaza para su integridad física	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

A continuación se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir acontecimientos como el que usted ha sufrido. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique si ha experimentado cada uno de ellos durante **EL ÚLTIMO MES** en relación con el **EPISODIO DE MALOS TRATOS** que ha descrito. En caso afirmativo indique el grado de molestia que le han producido usando la escala 0-4, en la que 0 es Nada y 4 es Extrema.

Grado de molestia

Nada
Leve
Moderada
Grave
Extrema

14. Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del episodio (imágenes o pensamientos)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	0	1	2	3	4
41. Tiene constantemente sentimientos negativos (como miedo, horror, ira, culpa, vergüenza,...)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	0	1	2	3	4

42. ¿Desde cuándo experimenta estos problemas?

- ☐ Hace menos de 1 mes
- ☐ Hace más de 1 mes y menos de 3 meses
- ☐ Hace más de 3 meses

Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas con referencia a los síntomas que acaba de describir. Indique si durante el ÚLTIMO MES...

49. ¿Han afectado negativamente esos problemas en sus relaciones familiares o de pareja?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Señale, poniendo una cruz (X) en la casilla correspondiente, si, **además de los malos tratos**, ha experimentado alguno de estos acontecimientos **A LO LARGO DE SU VIDA**. Indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión, o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted...

ACONTECIMIENTO	ME SUCEDIÓ	LO PRESENCIÉ PERO NO ME SUCEDIÓ	LE SUCEDIÓ A ALGUIEN CERCANO
2. Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco,...)			
12. Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante DESCRÍBALO BREVEMENTE:			

A fin de preservar los derechos de autor de la EGEP solo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Crespo y Gómez, 2012; Crespo, Gómez y Soberón, 2017.

B. CES Y BERNTSEN

Responda sinceramente a las siguientes preguntas en relación al **EPISODIO DE MALOS TRATOS** que ha indicado. Rodee un número de 1 a 5, siendo:

1= Totalmente en desacuerdo

5= Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Siento que este episodio se ha convertido en parte de mi identidad personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Este episodio se ha convertido en un punto de referencia en la manera en que me entiendo a mí misma y al mundo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Siento que este episodio se ha convertido en una parte central de mi historia personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Este episodio ha influido en mi forma de pensar y sentir acerca de otras experiencias	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Este episodio ha cambiado mi vida de forma permanente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. A menudo pienso en los efectos que este episodio tendrá sobre mi futuro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Este episodio ha supuesto un punto de inflexión en mi vida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Después del episodio me volví más extrovertida y me interesé más por profundizar en mi relación con los demás	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Después del episodio me volví más introvertida y me interesé menos por profundizar en mis relaciones con otras personas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Viendo la persona que soy hoy en día, siento que el episodio ha tenido predominantemente una influencia positiva en mi desarrollo personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Viendo la persona que soy hoy en día, siento que el episodio ha tenido predominantemente una influencia negativa en mi desarrollo personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Siento que lo que tenía que hacer después del episodio era pensar lo menos posible en ello y, en su lugar, intentar vivir buenas experiencias	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Siento que lo que tenía que hacer después del episodio era elaborar lo sucedido conmigo misma y otras personas cercanas a mí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Automáticamente veo conexiones y similitudes entre el episodio y experiencias de mi vida actual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Las cosas que están ocurriendo en mi vida actual pueden inesperadamente evocar mi recuerdo del episodio o de partes del mismo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Antes del episodio nunca me habría imaginado que algo así podía ocurrirme a mí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. He experimentado inconsistencias entre mi recuerdo del episodio y las descripciones de otras personas (por ejemplo, testigos) de lo que realmente ocurrió	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Al comentar el episodio con otros, me han venido a la mente nuevos aspectos del mismo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Al comentar el episodio con otros, he conseguido distanciarme del mismo y verlo de manera diferente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

C. PDEQ

Por favor, conteste las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción que mejor describa sus experiencias y reacciones **DURANTE EL EPISODIO DE MALOS TRATOS** e **INMEDIATAMENTE DESPUÉS**. Si una pregunta no es aplicable a su experiencia, por favor rodee: “Nada verdadero”.

- 1 = Nada verdadero**
2 = Algo verdadero
3 = Verdadero a veces
4 = Muy verdadero
5 = Totalmente verdadero

	Nada verdadero	Algo verdadero	Verdadero a veces	Muy verdadero	Totalmente verdadero
1. Hubo momentos en los que perdí el hilo de lo que estaba pasando – “me quedé en blanco” o “salí de la escena”, o de alguna manera sentí que no era parte de lo que estaba pasando	1	2	3	4	5
2. Me di cuenta de que estaba en “piloto automático”- terminé haciendo cosas que más tarde me di cuenta que no había decidido de forma activa hacer	1	2	3	4	5
3. Mi sentido del tiempo cambió - las cosas parecían estar pasando a cámara lenta	1	2	3	4	5
4. Lo que sucedía no me parecía real, como si estuviese en un sueño, viendo una película o en un juego	1	2	3	4	5
5. Me sentí como si yo fuese una espectadora de lo que estaba sucediendo, como si estuviese flotando por encima de la escena, u observándola como una extraña	1	2	3	4	5
6. Hubo momentos en los que las sensaciones acerca de mi propio cuerpo se distorsionaron o cambiaron. Me sentí desconectada de mi propio cuerpo, o sentí mi cuerpo inusualmente grande o pequeño	1	2	3	4	5
7. Sentí como si las cosas que le estaban sucediendo a otros me estuviesen sucediendo a mí, como si estuviese atrapada cuando realmente no lo estaba	1	2	3	4	5
8. Me sorprendí al descubrir que habían sucedido un montón de cosas de las que yo no había sido consciente, especialmente cosas de las que normalmente me habría dado cuenta	1	2	3	4	5
9. Me sentí confusa, es decir, hubo momentos en los que me resultaba difícil dar sentido a lo que estaba sucediendo	1	2	3	4	5
10. Me sentí desorientada, es decir, hubo momentos en los que no sabía con certeza dónde estaba o qué hora era	1	2	3	4	5

A PARTIR DE AHORA RESPONDA POR FAVOR EN RELACIÓN A SU **SITUACIÓN ACTUAL**, SIN CONSIDERAR EL EPISODIO DE MALOS TRATOS DESCRITO. LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA CUESTIONARIO, YA QUE SE REFIEREN A **MOMENTOS TEMPORALES DISTINTOS**

D. BAI

A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectada por cada uno de ellos durante la **ÚLTIMA SEMANA**, rodeando con un círculo el número correspondiente.

0 = En absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

3 = Gravemente, casi no podía soportarlo

	<i>En absoluto</i>	<i>Levemente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Gravemente</i>
1. Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
10. Nerviosismo	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

A fin de preservar los derechos de autor del BAI solo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Beck y Steer, 1990. (Adaptación española, Sanz, J., 2011, Madrid: Pearson).

E. BDI-II

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste continuamente
- 3 Me siento tan triste o desgraciada que no puedo soportarlo

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable constantemente

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesada por el sexo de lo que solía estar
- 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo ahora
- 3 He perdido completamente mi interés por el sexo

A fin de preservar los derechos de autor del BDI-II solo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Beck, Steer y Brown, 1996. (Adaptación española, Sanz, J., Vázquez, C., 2011, Madrid: Pearson).

F. CD-RISC2

Hasta qué punto las siguientes afirmaciones han sido verdaderas para usted **DURANTE EL ÚLTIMO MES:**

0 = No ha sido verdadera en absoluto

1 = Verdadera ocasionalmente

2 = Verdadera a veces

3 = Verdadera frecuentemente

4 = Verdadera casi siempre

	No ha sido verdadera en absoluto	Verdadera ocasionalmente	Verdadera a veces	Verdadera frecuentemente	Verdadera casi siempre
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4

A fin de preservar los derechos de autor de la CD-RISC2 solo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase www.cd-risc.com

G. AUDIT-C

Conteste a las siguientes cuestiones, haciendo referencia al **ÚLTIMO AÑO**.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna “bebida” que contenga alcohol?

- ☐ Nunca
- ☐ Una o menos veces al mes
- ☐ 2-4 veces al mes
- ☐ 2-3 veces por semana
- ☐ 4 ó más veces por semana

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” toma durante un día típico en el que ha bebido?

- ☐ 1 ó 2
- ☐ 3 ó 4
- ☐ 5 ó 6
- ☐ 7 a 9
- ☐ 10 ó más

3. ¿Con qué frecuencia toma seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de una vez al mes
- ☐ Mensualmente
- ☐ Semanalmente
- ☐ A diario o casi a diario

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (C)

CÓDIGO: (VP)

-APLICAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RELATO DEL ACONTECIMIENTO NEUTRO-

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

Ahora que ha terminado su relato, dígame como se ha sentido **MIENTRAS LO CONTABA**. Intente expresar su estado emocional actual en *una sola palabra*.

Anotar palabra empleada: _____

2. ESCALA ANÁLOGICA VISUAL DE MALESTAR

Por favor indique en esta escala de 0 a 100 el grado de malestar que ha experimentado **DURANTE EL RELATO**. Observe que 0 indica la *ausencia absoluta de malestar*. Es decir, un estado emocional positivo, sin ningún tipo de tensión ni preocupación. En 50 se sitúa el *estado de malestar neutro*, lo cual significa que se ha encontrado en un estado emocional en el que no predominaban ni las emociones negativas ni las positivas; y 100 un *estado de malestar extremo*, sintiendo emociones muy negativas (e.g. tristeza, ansiedad, ira..). Tenga en cuenta que entre unos y otros hay distintos valores intermedios.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Malestar nulo					Malestar neutro					Malestar extremo

-APLICAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RELATO DEL ACONTECIMIENTO POSITIVO-**1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ACTUAL**

Ahora que ha terminado su relato, dígame como se ha sentido **MIENTRAS LO CONTABA**. Intente expresar su estado emocional actual en *una sola palabra*.

Anotar palabra empleada: _____

2. ESCALA ANÁLOGICA VISUAL DE MALESTAR

Por favor indique en esta escala de 0 a 100 el grado de malestar que ha experimentado **DURANTE EL RELATO**. Observe que 0 indica la *ausencia absoluta de malestar*. Es decir, un estado emocional positivo, sin ningún tipo de tensión ni preocupación. En 50 se sitúa el *estado de malestar neutro*, lo cual significa que se ha encontrado en un estado emocional en el que no predominaban ni las emociones negativas ni las positivas; y 100 un *estado de malestar extremo*, sintiendo emociones muy negativas (e.g. tristeza, ansiedad, ira..). Tenga en cuenta que entre unos y otros hay distintos valores intermedios.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Malestar nulo					Malestar neutro					Malestar extremo

-APLICAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RELATO DEL EPISODIO DE MALOS TRATOS-**1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ACTUAL**

Ahora que ha terminado de contarme lo que le sucedió, dígame como se ha sentido **DURANTE EL RELATO**. Intente expresar su estado emocional actual en *una sola palabra*.

Anotar palabra empleada: _____

2. ESCALA ANÁLOGICA VISUAL DE MALESTAR

Por favor indique en esta escala de 0 a 100 el grado de malestar que ha experimentado **DURANTE EL RELATO**. Observe que 0 indica la *ausencia absoluta de malestar*. Es decir, un estado emocional positivo, sin ningún tipo de tensión ni preocupación. En 50 se sitúa el *estado de malestar neutro*, lo cual significa que se ha encontrado en un estado emocional en el que no predominaban ni las emociones negativas ni las positivas; y 100 un *estado de malestar extremo*, sintiendo emociones muy negativas (e.g. tristeza, ansiedad, ira..). Tenga en cuenta que entre unos y otros hay distintos valores intermedios.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Malestar nulo					Malestar neutro					Malestar extremo

3. PREGUNTAS POSTNARRATIVA

Imagino que hablar sobre lo que le sucedió no le habrá resultado fácil. Por favor, dígame...

1. ¿Había hablado antes de lo que le sucedió con alguna otra persona?

- 0. No (SE FINALIZA LA ENTREVISTA)
- 1. Sí

2. *En ese caso, ¿ha hablado de ello con...?

a.	Familiares	SI	NO
b.	Pareja	SI	NO
c.	Amigos	SI	NO
d.	Profesionales (médicos, psicólogos, policías, abogados...)	SI	NO
e.	Desconocidos	SI	NO
f.	Otro (indicar cuál: _____)	SI	NO

3. *¿Con qué frecuencia habla o ha hablado de lo que le sucedió con otra/s persona/s?

- 0. Casi nunca o en escasas ocasiones
- 1. En algunas ocasiones
- 2. A menudo o muy a menudo

ANEXO II. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

II.II. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA EL GRUPO CONTROL (CO)

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Complutense de Madrid está efectuando un estudio titulado “**memoria autobiográfica de acontecimientos vitales estresantes**”, cuyo objetivo es valorar el modo en que las víctimas de un suceso negativo recuerdan lo sucedido, y analizar las consecuencias psicológicas que se derivan de su experiencia. El objetivo final de este proyecto es el de proponer pautas para la adecuada atención a las víctimas de acontecimientos traumáticos, tanto a nivel individual como a nivel social e institucional, a fin de amortiguar el impacto emocional que tiene sobre ellas distintas situaciones de riesgo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si decide participar le realizaremos una serie de preguntas de carácter absolutamente confidencial y que no le comprometerán a nada. Asimismo grabaremos en audio su relato de distintos acontecimientos de su vida. Aunque escriba su nombre y su teléfono, sus datos no serán divulgados de manera que se pueda reconocer a quien pertenecen. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. La grabación realizada, tras ser analizada por el personal del equipo investigador, será destruida, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

Si en cualquier momento desea abandonar la evaluación puede hacerlo, sin que ello le perjudique de forma alguna y sin que tenga que dar ningún tipo de explicación. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a María Crespo López (psicóloga del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: mcrespo@psi.ucm.es

Yo,.....(nombre y apellidos),

- ☐ He sido informado por la psicóloga.....
- ☐ He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el Proyecto de Investigación: “*Memoria autobiográfica de acontecimientos vitales estresantes*”.
- ☐ He recibido suficiente información sobre dicho Proyecto.
- ☐ Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- ☐ Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a mcrespo@psi.ucm.es

SCREENING (O)Revisado ☐

CÓDIGO: (CO)

FECHA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

1. Edad: _____

2. El castellano es su lengua materna

0. No

1. Sí

3. Está en tratamiento psicológico en la actualidad

0. No

1. Sí (indicar: número de meses que lleva en tratamiento: _____)

número de sesiones que lleva de tratamiento: _____)

tipo de tratamiento: _____)

4. Posee algún tipo de impedimento o limitación (enfermedad física o mental, analfabetismo, discapacidad, etc.) que dificulte su participación

0. No

1. Sí

INDICAR NOMBRE DE LA PERSONA QUE HA CONTACTADO CON LA PARTICIPANTE:

Y RELACIÓN DE LA PARTICIPANTE CON LA MISMA:

***Criterios de inclusión:**

-Se debe marcar "1" en la pregunta 2

-Se debe marcar "0" en la pregunta 4

-La edad (pregunta 1) debe ser **superior a los 18 años**

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (A)

Revisado ☐

CÓDIGO: (CO)

FECHA: _____

SECUENCIA:

+/-	-/+
-----	-----

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

En primer lugar voy a formularle una serie de preguntas a fin conocer algunos datos suyos personales. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no le comprometen a nada. Si en algún momento se siente incómoda no dude en comunicármelo.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad?

- 0. Española
- 1. Otra (indicar cuál: _____)

3. ¿Cuál es su lengua materna?

- 0. Castellano
- 1. Otra (indicar cuál: _____)

4. ¿Cuál es su estado civil?

- 0. Soltera
- 1. Casada o conviviendo en pareja
- 2. Divorciada o Separada
- 3. Viuda

5. ¿Tiene hijos?

- 0. No
- 1. Sí

6. ¿Qué estudios ha completado?

- 0. Sin estudios (no sabe leer y/o escribir. Sabe leer y escribir, pero fue menos de tres años a la escuela)
- 1. Primarios (hasta 11-12 años. Antes del bachiller elemental, hasta ingreso; 1º a 6º de EGB; Educación primaria de la LOGSE)
- 2. Educación Secundaria de Primer grado (12 a 16 años. Bachiller Elemental; 7º y 8º de EGB; 1º y 2º de BUP; 1º a 4ª ESO; FPI, Maestría industrial; Graduado escolar, certificado escolar)
- 3. Educación Secundaria de Segundo Grado (16 a 18 años. Bachiller Superior; 3º BUP y COU; FPI I y FPI II; 1º y 2º de Bachillerato)
- 4. Estudios Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados, etc.)

7. ¿Cuál es su actividad laboral en la actualidad?

0. Trabajadora a tiempo completo (por cuenta ajena o autónoma)
1. Trabajadora a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónoma)
2. Parada
3. Ama de casa
4. Jubilada
5. Estudiante
6. Discapacidad o incapacitación reconocida
7. Otra (indicar cuál: _____)

A continuación voy a enumerar distintas situaciones difíciles o estresantes que a veces ocurren a las personas, con el objetivo de conocer todos los acontecimientos traumáticos que usted ha presenciado directamente o ha experimentado A LO LARGO DE SU VIDA. En cada uno indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión, o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted.

ACONTECIMIENTO	ME SUCEDIÓ	LO PRESENCIÉ PERO NO ME SUCEDIÓ	LE SUCEDIÓ A ALGUIEN CERCANO
a. Desastres naturales (p.e. inundaciones, huracán, tornado, terremoto)			
b. Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco,...)			
c. Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio)			
d. Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil)			
e. Violación, abuso o ataque sexual			
f. Acoso (sexual, en el trabajo, por parte de antiguas relaciones,...)			
g. Violencia física (ataques, asaltos, maltrato...)			
h. Actos terroristas o tortura			
i. Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa			
j. Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que supone una amenaza a la vida o la integridad física, propias o de una persona cercana			
k. Muerte de una persona cercana o ser querido			
l. Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante DESCRÍBALO BREVEMENTE:			

De todos estos acontecimientos, identifique aquel que le haya causado o le cause en la actualidad más molestias o malestar. Si no ha señalado ninguno, voy a pedirle que identifique el episodio negativo que haya tenido una mayor significación o relevancia en su vida. Describa muy brevemente (en una frase) este episodio. Más adelante le pediré una descripción detallada de lo que pasó.

(Anotar descripción: _____
_____)

A continuación voy a hacerle algunas preguntas en relación al episodio descrito y algunas de las consecuencias que ha tenido para usted. Se trata de preguntas muy concretas. Más adelante analizaremos con mayor profundidad su experiencia

8. ¿Hace cuanto tiempo sucedió este episodio? (indicar número de meses: _____)

9. ¿Fue víctima de algún tipo de agresión?

- 0. No (IR AL ITEM 17)
- 1. Sí

10. *En ese caso, ¿Qué tipo de agresiones sufrió?

a.	Agresiones físicas	SI	NO
b.	Agresiones psicológicas	SI	NO
c.	Agresiones sexuales	SI	NO

11. *¿Hubo una sola persona implicada, o intervino más de un agresor/a?

- 0. Un solo agresor/a
- 1. Más de un agresor/a (indicar número:_____)

12. *¿Conocía a su agresor/es?

- 0. No
- 1. Sí (indicar relación con el agresor/es: _____)

13. *¿Presenció alguna persona lo sucedido?

- 0. No
- 1. Sí (indicar: número de personas:_____)
relación con el/los testigo/s: _____)

14. *¿Denunció, tras este episodio, a su agresor/a?

- 0. No (IR AL ITEM 17)
- 1. Sí

15. *¿Su agresor/a fue declarado/a culpable?

- 0. No
- 1. Sí

16. *¿Está de acuerdo con la sentencia?

- 0. No
- 1. Sí

17. ¿Cuánto tiempo duró este episodio? _____ días, _____ horas, _____ minutos

18. ¿Durante el episodio perdió en algún momento el conocimiento?

- 0. No
- 1. Sí (indicar duración en minutos de la pérdida de consciencia: _____)

19. ¿Requirió atención médica como consecuencia de este episodio?

- 0. No (IR AL ITEM 21)
- 1. Sí

20. *En ese caso, ¿estuvo hospitalizada como consecuencia de este episodio?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)

21. ¿Le queda algún tipo de secuela física como consecuencia de este episodio?

- 0. No
- 1. Sí (indicar cuál/es: _____)

22. Antes del episodio sufrido, ¿cómo valoraba el apoyo que recibía por parte de su entorno social (familiares, amigos...)?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

23. Y después de sufrir ese episodio, ¿diría que el apoyo social que recibió era...?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

24. ¿Ha sufrido algún otro episodio similar en el pasado?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número: _____)

Para finalizar la entrevista, conteste por favor a las siguientes preguntas.

25. En el último año, ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, pastillas para dormir, barbitúricos, valium, ansiolíticos...)?

- 0. No (IR AL ITEM 27)
- 1. Sí (indicar nombre de fármaco/s: _____)

26. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado este/alguno de estos psicofármaco/s?

- 0. Una o menos veces al mes
- 1. 2-4 veces al mes
- 2. 2-3 veces por semana
- 3. 4 ó más veces por semana

27. A causa del episodio indicado, ¿ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

- 0. No
- 1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

28. ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por otras causas distintas al episodio indicado?

- 0. No
- 1. Sí

29. ¿Se encuentra en tratamiento psicológico en la actualidad?

- 0. No
- 1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

30. En este último año, ¿con qué frecuencia ha tomado alguna “bebida” que contenga alcohol?

- 0. Nunca (IR AL ITEM 32)
- 1. Una o menos veces al mes
- 2. 2-4 veces al mes
- 3. 2-3 veces por semana
- 4. 4 ó más veces por semana

31. *En el último año, ¿cuántas “bebidas alcohólicas” ha tomado durante un día típico en el que había bebido?

- 0. 1 ó 2
- 1. 3 ó 4
- 2. 5 ó 6
- 3. 7 a 9
- 4. 10 ó más

32. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

- 0. Nunca
- 1. Menos de una vez al mes
- 2. Mensualmente
- 3. Semanalmente
- 4. A diario o casi a diario

33. En el último año, ¿ha utilizado alguna otra sustancia (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...)? (NO SE INCLUYEN PSICOFÁRMACOS)

- 0. No (TERMINAR LA ENTREVISTA)
- 1. Sí (indicar nombre de sustancia/s: _____)

34. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado esta/alguna de estas sustancia/s?

- 0. Una o menos veces al mes
- 1. 2-4 veces al mes
- 2. 2-3 veces por semana
- 3. 4 ó más veces por semana

ANEXO III. SISTEMA DE CODIFICACIÓN Y EVALUACIÓN PARA NARRATIVAS DEL TRAUMA (CASNOT)

III.I. MANUAL DE APLICACIÓN DEL CASNOT

Manual del Sistema de Evaluación y Codificación de Narrativas Traumáticas CASNOT

Violeta Fernández-Lansac

María Crespo López

INSTRUCCIONES PARA CODIFICADORES

En las siguientes páginas se presentarán los distintos aspectos, tanto a nivel estructural como de contenido, que debe valorar para el análisis de las narrativas que se le han facilitado. Para el proceso de codificación deberá contar con las tres narrativas (neutra, positiva y negativa) de cada participante, tanto en audio como en su versión transcrita.

1. Se comenzará siempre procediendo a la codificación de la narrativa neutra. El orden en que se codificarán las narrativas positiva y negativa se establecerá previamente de manera aleatoria (se lanzará una moneda: si sale cara se comenzará por la positiva, cruz indicará que se evaluará la negativa en primer lugar).
2. Haciendo uso de la versión transcrita de cada narrativa, se aplicará en el orden establecido el protocolo de evaluación. Cada aspecto evaluado deberá quedar registrado en las “hojas de codificación” que se adjuntan, siempre indicando en el encabezado el código correspondiente a la participante (ej. VP-001), el nombre del codificador/a, y el orden de secuencia de codificación (ej. si se codifica la narrativa positiva antes que la negativa se indicará: +/-). Asegúrese de emplear la hoja adecuada al tipo de narrativa que está evaluando (neutra, positiva o negativa).
3. La codificación del aspecto “tono emocional” que se recoge en el manual, requerirá escuchar atentamente la narrativa en audio correspondiente. Hasta ese momento solo se hará uso de la narrativa transcrita. La codificación del aspecto “coherencia” podría requerir volver a escuchar la narrativa.

Dos tipos de codificación serán requeridas a lo largo de este manual:

- A. **Categorías** (1ª página para cada relato en las “hojas de codificación”): Se identificará la presencia/ausencia de cada aspecto, correspondiente a una categoría (ej. emoción de ira), a lo largo de la narrativa. Se considerará que una determinada categoría está presente cuando se incluya dentro de la narrativa al menos una palabra o expresión que cumpla con los criterios que en el manual se emplean para definir la misma (ej. se considerará que la categoría “ira” está presente cuando se identifique al menos una palabra o expresión que refleje la experimentación de emociones de ira: ej. “*estaba enfadada por lo sucedido*”, “*sentí una ira muy intensa cuando me tocó*”, “*lloré de*

rabia”). El uso de una misma expresión puede indicar la presencia de distintas categorías (ej. *“estaba tan triste que me enfadé conmigo misma”* indicará la presencia de ira pero también de otras emociones negativas, en este caso tristeza). Las categorías se encuentran agrupadas por **secciones temáticas**, de acuerdo al contenido de las mismas (ej. la categoría “ira” pertenece a la sección “procesos emocionales”).

- B. Dimensiones** (2ª página/reverso para cada relato en las “hojas de codificación”): Algunos aspectos se corresponderán con dimensiones, y no con categorías (ej. dimensión de “coherencia”). Para valorar cada dimensión se otorgará una puntuación en una escala tipo Likert, donde se evaluará el grado en que ésta está presente en la narrativa. La puntuación en cada dimensión deberá ser concedida atendiendo a los criterios que se especifican para cada escala.

Asegúrese de evaluar cada categoría y dimensión de la manera más objetiva posible, de acuerdo con los criterios que se especifican en este manual. La evaluación debe efectuarse atendiendo exclusivamente al contenido de la narrativa: en ningún caso se realizarán inferencias, interpretaciones o apreciaciones subjetivas acerca de lo expresado por la participante (ej. *“no puedo dormir aún”* NO se codificará dentro de la categoría “ansiedad”, sino en la de “estados corporales”, a no ser que la persona vincule la falta de sueño a un estado de ansiedad o nerviosismo, ej. *“estoy tan nerviosa que no puedo dormir aún”*). Del mismo modo, expresiones que, aunque puedan reflejar la presencia de una determinada categoría, no aludan a ella explícitamente no serán consideradas (ej. *“él es un bastardo”* NO se codificará dentro de la categoría “ira”). Solo se codificarán expresiones figuradas o frases hechas que se considere que tienen un significado culturalmente compartido e inequívoco (ej. *“la procesión la llevo por dentro”* se codificará en la categoría “tristeza”).

Para considerar que una categoría está presente en la narrativa ésta debe hacer alusión a un aspecto experimentado por la participante y no por otra persona (ej. *“él tenía miedo”*, NO indicará la presencia de “miedo”, aunque sí de “empatía”).

Codifique todos los aspectos (categoría y dimensiones) que se recogen el manual. Si tiene serias dudas sobre si se presenta o no una determinada categoría, opte por codificarla como “ausente”. Si a medida que avanza en el manual descubre que un aspecto lo ha codificado antes erróneamente, puede corregirlo en su hoja de respuestas. Asegúrese de marcar una casilla para cada uno de los aspectos en las hojas de codificación (0 o 1 para cada categoría y un valor dentro de la escala tipo Likert para cada dimensión).

Importante

El proceso de codificación es absolutamente privado y confidencial. En ningún caso deberá consultar las decisiones que adopte ni compartir el material que le ha sido proporcionado.

CATEGORÍAS

Identificación de la **presencia/ausencia** de expresiones que reflejan que la participante ha experimentado las emociones, sensaciones y procesos que se definen a continuación.

SECCIÓN: PROCESOS EMOCIONALES

✓ TRISTEZA

Emociones de tristeza (melancolía, pena, aflicción, pesadumbre, malestar, abatimiento, dolor psicológico, desdicha, amargura, depresión,...). Se incluyen expresiones de autocompasión.

Ej. *"me siento muy desdichada", "estoy abatida", "me duele pensar en ello", "no puedo parar de llorar", "estuve muy deprimida", "me compadezco de mí misma".*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar tristeza y referirse a otras categorías (ej. *"me duele que las cosas no sean como antes"* indica la presencia de tristeza y de otras emociones negativas, en este caso nostalgia, debiendo codificarse la presencia de ambas categorías).

***NO** se incluyen expresiones que reflejen sentimientos de indefensión o desesperanza (ej. *"hiciese lo que hiciese, sentía que todo daba igual"* indica indefensión, NO tristeza).

✓ MIEDO

Emociones de miedo (temor, terror, horror, pavor, pánico, espanto, sobresalto, susto,...).

Ej. *"estaba aterrada", "sentí un miedo muy intenso", "me asusté mucho cuando le vi llegar".*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones relacionadas con síntomas de ansiedad (ej. SÍ se incluyen expresiones de pánico como emoción general tales como *"sentí pánico"* pero NO expresiones que indican la experimentación de un ataque de pánico, como *"mi tasa cardíaca se disparó"*).

✓ CULPA

Emociones de culpa o arrepentimiento respecto a una actuación, sentimientos o pensamientos.

Ej. *"creo que debería haber hecho más de lo que hice", "me sentía culpable por lo que le hizo a mi hijo", "me siento fatal por no poder dejar de pensar en él".*

***NOTA:** Se incluyen expresiones que reflejan un arrepentimiento por una mala actuación, pero NO aquellas que indiquen que se ha obrado de manera inadecuada sin que exista un malestar por ello o una evaluación de la conducta (ej. *"aunque no se lo merecía, le quería"* NO indica la presencia de esta categoría, aunque SÍ lo indicaría *"no puedo creer que le quisiera con lo mal que me trataba"* o *"me siento fatal pensando en lo que le quería con lo mal que me trataba"*).

✓ HUMILLACIÓN O VERGÜENZA

Emociones de humillación o vergüenza respecto a una actuación (propia o ajena), sentimientos o pensamientos. Incluye el menoscabo de la dignidad y el orgullo, sonrojo, timidez y pudor.

Ej. *"él conseguía humillarme", "si lo contaba pensarían que soy una tonta", "cuando llegó borracho me sentí muy abochornada ante mi familia", "me dolió en el orgullo", "me dio corte hablar con mis padres después".*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que no indiquen explícitamente que la persona se ha sentido humillada (ej. *"me insultó"* NO indica la presencia de esta categoría, aunque SÍ lo indicaría *"me insultó y me hizo sentir muy pequeña"*).

✓ IRA HACIA UNA MISMA

Emociones de ira (enfado, enojo, furia, irritación, cólera, rabia,...) respecto a las propias emociones, pensamientos o conductas.

Ej. *"lo que más rabia me daba era no ser capaz de poner fin a la situación", "aún estoy enfadada conmigo misma", "me irrita pensar de esta manera".*

✓ IRA HACIA EL EXTERIOR

Emociones de ira (enfado, enojo, furia, irritación, cólera, rabia,...) hacia otra/s persona/s o la situación.

Ej. *"estaba furiosa con él", "me daba rabia que las cosas sucediesen de esa manera".*

***NOTA:** Se incluye cualquier expresión de ira que la participante no dirija explícitamente hacia sí misma (ej. *"estoy cabreadísima"* se incluirá en esta categoría).

✓ OTRAS EMOCIONES NEGATIVAS

Emociones negativas (ej. nostalgia, envidia, celos, asco, preocupación, incredulidad, estado de shock,...) que no se recogen en los casos anteriores.

Ej. *"me ponía enferma pensar que estaba con otra", "le echo de menos", "siempre he tenido celos de mi hermano", "me daba asco".*

✓ EMOCIONES POSITIVAS

Emociones positivas primarias (ej. alegría) y secundarias (ej. felicidad, amor).

Ej. *"estoy feliz", "me siento realizada", "me alegra ver que todo ha salido bien", "lloré de alegría".*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que reflejen expectativas optimistas de futuro (ej. *"espero que todo salga bien"*, indica superación/esperanza, NO emociones positivas).

✓ ASOMBRO/SORPRESA

Emociones de sorpresa respecto a una misma, los demás o la situación (puede tener una valencia positiva, negativa o neutra).

Ej. *"me sorprendió verle así", "me pareció todo tan inesperado", "fue imprevisto".*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que reflejen elementos de integración (ej. *"nunca imaginé que algo así podría sucederme a mí"*, indica impacto, NO sorpresa).

✓ EMPATÍA/PREOCUPACIÓN HACIA EL AGRESOR

[① Esta categoría SOLO se codificará para NARRATIVAS NEGATIVAS en VP, o para NARRATIVAS NEGATIVAS EN CO SI LA PERSONA HA SIDO VÍCTIMA DE UNA AGRESIÓN]

Expresiones que denotan un entendimiento o conocimiento de las emociones del agresor o una preocupación por su bienestar.

Ej. *"él estaba muy nervioso", "se sentía muy culpable", "bebe porque está mal", "nunca dije nada por miedo a que le diesen de lado", "no quería hacerle daño".*

✓ EMPATÍA/PREOCUPACIÓN HACIA OTRO/S

Expresiones que denotan un entendimiento o conocimiento de las emociones de otra/s persona/s o animal/es, o una preocupación por su bienestar.

Ej. *“mi hijo lloraba porque no soportaba verme así”, “ella estaba molesta”, “temía que despertase a mi hijo”, “yo solo quería que mi hijo no sufriese”, “nunca lo he contado por no herir a mis padres”.*

SECCIÓN: ESTADOS CORPORALES Y SÍNTOMAS

✓ ANSIEDAD

Síntomas de ansiedad, pánico, nerviosismo, hipervigilancia, o activación psicológica y/o física.

Ej. *“estaba nerviosa”, “el corazón me latía muy deprisa”, “me dolía mucho la tripa de la ansiedad”, “temblaba”, “no podía respirar”, “estaba alerta”, “me hice pis de los nervios”.*

✓ ESTADOS CORPORALES

Sensaciones físicas o somatosensoriales que la persona no vincula a la experimentación de síntomas de ansiedad.

Ej. *“me dolía la cabeza”, “llevaba todo el día con el estómago revuelto”, “se me durmió el brazo” “perdí el equilibrio”, “me hice pis”.*

✓ EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS

Experiencias de tipo disociativo (despersonalización, desrealización,...) peritraumáticas y postraumáticas.

Ej. *“sentí que salía de mi cuerpo”, “me vi desde arriba”, “no creía que yo pudiese estar haciendo eso”, “no sé cómo pude llegar hasta allí”, “era como si mi cuerpo no me perteneciese”, “parece que soy dos personas distintas”.*

SECCIÓN: PROCESOS SENSORIALES/PERCEPTUALES

✓ PERCEPCIÓN VISUAL

Sensaciones visuales o atributos claramente percibidos a través de la vista.

Ej. *“vi cómo lo hacía”, “le miré mientras caminaba”, “observé atentamente lo que pasaba”, “los colores de su blusa eran muy chillones”, “había mucha luz”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones figuradas que no impliquen estrictamente una percepción visual (ej. *“veo mi futuro ante mí”, “no veo a qué se refiere”*).

*NO se incluyen expresiones que indiquen que la participante no ha experimentado en primera persona la sensación (ej. *“ordené el cuarto para que se viera bonito”, “me miró fijamente”* NO se incluyen en esta categoría).

✓ PERCEPCIÓN AUDITIVA

Sensaciones auditivas o atributos claramente percibidos a través del oído.

Ej. *“oí ruidos”, “sonaba una melodía en la radio”, “crujió el suelo”, “aún escucho el sonido de su voz”.*

✓ OTRAS SENSACIONES

Sensaciones olfativas, táctiles o gustativas, o atributos claramente percibidos a través de estos sentidos.

Ej. “olía a lejía”, “olí su camisa”, “había un olor raro”, “llevaba su perfume habitual”, “sus manos eran ásperas”, “me rozó la rodilla”, “me tocó”, “las sábanas estaban muy suaves”, “sabía a rayos”, “sentí el sabor de la sangre”, “la comida estaba sosa”, “comí un caramelo muy amargo”.

SECCIÓN: PROCESOS COGNITIVOS

✓ FALTA DE CONTROL/INDEFENSIÓN

Sentimientos de falta de control respecto a una misma, otra persona o la situación. Se incluye la atribución de la causa de un acontecimiento o conducta al azar o al destino, y la percepción de ausencia de estrategias de afrontamiento y/o derrota (sentirse superada).

Ej. “no había nada que yo pudiese hacer”, “no sabía qué hacer”, “daba igual si llegaba o no tarde, se iba a enfadar de cualquier manera”, “cerré los ojos esperando que terminase todo”, “siento que no controlo mi vida”, “siempre me tocan hombres violentos”, “sucedió así porque el destino lo quiso”, “no puedo hacer nada para superarlo”, “me obligó a hacerlo”, “no fui capaz de ir”.

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar falta de control/indefensión y referirse a otras categorías (ej. “sucedió así porque el destino lo quiso” indicará indefensión y dotación de significado).

✓ CONTROL/PLANIFICACIÓN

Sentimientos de control respecto a una misma, otra persona o la situación (sobre todo expresiones relacionadas con “controlar”, “poder” o “ser capaz de...”), y/o expresiones que indican la elaboración de un plan de acción (sobre todo relacionadas con expresiones condicionales: “si... entonces”, y expresión de objetivos: “lo hice para/porque...”).

Ej. “sabía qué podía hacer que parase”, “si me iba él no podría encontrarme”, “me relajé para poder pensar mejor”, “controlé el miedo que sentía”, “hice la cama para que estuviese todo perfecto”, “pude salir de allí”, “fui capaz de detenerle”.

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar control o planificación y referirse a otras categorías (ej. “controlé el miedo que sentía” indicará control y la presencia de miedo).

✓ INSIGHT

Procesos que reflejan un entendimiento o comprensión de una misma, otra persona o la situación (sobre todo relacionados con “saber”, “entender”, “comprender”, “conocer” y “darse cuenta”).

Ej. “sé que ya no volverá a ocurrir”, “entiendo que mi madre no me escuchase antes”, “conozco mis emociones”, “ahora lo veo claro”, “me di cuenta en ese momento”.

***NOTA:** La “intención” de entender o saber NO se codificará en esta categoría (ej. “hablar de ello me ayuda a entender qué pasó” indica racionalización, pero “al hablar de ello he entendido qué pasó” indica insight).

✓ RACIONALIZACIÓN/ELABORACIÓN

Procesos que reflejan un esfuerzo consciente por elaborar y explicar lo sucedido y/o las emociones o pensamientos posteriores al acontecimiento (indican cómo la persona aborda el recuerdo y las emociones asociadas posteriormente a los hechos).

Ej. “pienso continuamente en qué hubiese pasado si no hubiese ido a allí”, “hablar de ello me ayuda a entender qué pasó”, “como sus padres le pegaban, cómo no iba a ser violento”, “intento bloquear esos sentimientos que me molestan”.

SECCIÓN: REFERENCIAS A OTROS

✓ APOYO SOCIAL

Percepción de haber obtenido apoyo social (afectivo o instrumental) de otra/s persona/s o animal/es.

Ej. *“cuando se lo conté a mi madre, ella lo entendió todo”, “me quedé en casa de un amigo esa noche”, “un vecino llamó a la policía”, “me dio dinero para un taxi”.*

✓ FALTA DE APOYO SOCIAL

Percepción de no haber obtenido apoyo social (afectivo o instrumental) de otra/s persona/s o animal/es.

Ej. *“nadie hizo nada”, “llamé a mi mejor amiga pero le quitó importancia”, “no tenía a dónde ir”, “vi lo sola que estaba”.*

SECCIÓN: AUTOEVALUACIÓN

✓ AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA

Valoración claramente negativa de una misma.

Ej. *“tenía la autoestima baja”, “siempre me he sentido una fracasada”, “sé que soy débil”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar la presencia de autoevaluación negativa y referirse a otras categorías (ej. *“sé que soy débil”* indicará una autoevaluación negativa e insight).

***NO** se incluyen aspectos que no tengan una valencia marcadamente negativa (ej. *“soy muy impuntual”, “soy muy meona”* NO se incluyen en esta categoría).

✓ AUTOEVALUACIÓN POSITIVA

Valoración claramente positiva de una misma y de las propias acciones.

Ej. *“soy fuerte”, “actué de la manera adecuada”, “creo que valgo la pena”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar la presencia de autoevaluación positiva y referirse a otras categorías (ej. *“estoy contenta conmigo misma”* indicará una autoevaluación positiva y la presencia de una emoción positiva).

SECCIÓN: SIGNIFICADO

✓ ESPIRITUALIDAD

Prácticas o experiencias de contenido religioso, transcendental o espiritual.

Ej. *“recé porque no pasase nada”, “desde entonces voy a la iglesia”, “sé que dios lo quiso así”, “debe existir algo por encima de nosotros”.*

***NOTA:** No se considerarán expresiones que, aunque incluyan palabras religiosas, tengan otra connotación (ej. *“¡Dios mío!”*).

✓ SIGNIFICADO

Dotación o búsqueda de un significado o sentido a la situación.

Ej. *“lo que sucedió será por algo”, “Dios quiso que él y yo estuviésemos juntos”, “así es la vida”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar la presencia de espiritualidad, significado y otras categorías (ej. *“dios lo quiso así”* indicará la presencia de espiritualidad, significado y atribución externa).

SECCIÓN: INTEGRACIÓN

✓ IMPACTO

Expresiones que reflejan que el acontecimiento ha tenido un impacto (ya sea positivo o negativo) en la vida de la persona y/o en la visión que tiene de sí misma, los demás o el mundo. Se incluye la percepción de haber extraído un aprendizaje de la experiencia.

Ej. *"antes pensaba que algo así no me podía suceder a mí", "antes era más alegre", "me he vuelto una desconfiada", "mi vida cambió", "fue un punto de inflexión", "aprendí la lección".*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar impacto y referirse a otras categorías (ej. *"me he dado cuenta de que no soy tan fuerte como pensaba"* indicará impacto e insight).

SECCIÓN: SUPERACIÓN

[① SOLO PARA NARRATIVAS NEGATIVAS]

✓ SUPERACIÓN/ESPERANZA

Expresiones que reflejan haber superado, o intentos o deseos por superar, el acontecimiento y las repercusiones emocionales del mismo. Se incluyen expectativas optimistas de futuro.

Ej. *"ya lo tengo más que superado", "estuve fatal pero lo superé con el tiempo", "ya no me duele", "hoy he conseguido controlar esos pensamientos que me molestaban" "al fin puedo vivir sin miedo", "espero que todo salga bien".*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar superación y referirse a otras categorías (ej. *"ya no me duele"* indicará superación y tristeza).

✓ PERDÓN

Expresiones que reflejan sentimientos, o intentos o deseos, de perdón (misericordia o indulgencia) respecto al agresor, otra/s persona/s o una misma.

Ej. *"a día de hoy le he perdonado", "hago lo posible por perdonarle", "he podido perdonar a Dios", "me he perdonado al fin".*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar perdón y referirse a otras categorías (ej. *"hago lo posible por perdonarle"* indicará perdón y racionalización).

SECCIÓN: CONSISTENCIA DEL RECUERDO

✓ INCERTIDUMBRE

Expresiones que reflejan inseguridad o confusión en el recuerdo del acontecimiento o algún aspecto del mismo.

Ej. *"no recuerdo", "no sé qué pasó", "no estoy segura de qué hizo entonces", "tengo lagunas".*

✓ CERTIDUMBRE

Expresiones que reflejan seguridad en el recuerdo.

Ej. *"sé que...", "recuerdo que...", "estoy segura de que eso fue lo que sucedió".*

***NOTA:** Una expresión puede indicar incertidumbre e ir ligada a otra que indique certidumbre, debiéndose codificar la presencia de ambas (ej. *"no sé que día era... ah, sí, era martes, ahora recuerdo"* indicará incertidumbre y certidumbre).

SECCIÓN: OTROS ASPECTOS

✓ AMENAZAS PARA LA INTEGRIDAD FÍSICA O LA VIDA

Expresiones que reflejan que la participante ha sentido peligrar su propia vida o su cuerpo. Se incluyen expresiones que indican riesgo de lesión o muerte, amenazas físicas, deseo o ideación suicida.

Ej. *“pensé que iba a matarme”, “dijo que iba a dejar de existir”, “vi mi cadáver”, “me dolió muchísimo”, “pensé que me había roto el oído”, “quería morirme”, “pensé que podía morir”.*

✓ OTRAS REFERENCIAS A LA MUERTE

Referencias a la muerte que no se recogen en el apartado anterior. Se incluye preocupación, deseo o temor por la muerte de otra/s persona/s.

Ej. *“deseé que muriese”, “estuve con ella hasta el final”, “pensé que no llegaría a viejo”, “ojala todos estuviesen bajo tierra”, “murió”.*

✓ ESCAPES/EVITACIÓN

Expresiones no relacionadas con el acontecimiento que desvían la atención a la entrevistadora o al momento o situación de la entrevista, y expresiones que indican el deseo de omitir un determinado aspecto del relato.

Ej. *“me parece que va a llover”, “creo que te estoy aburriendo”, “me estoy enrollando”, “¿te cuento esto?”, “prefiero no contarte esto”, “es que no quiero pensar en ello”, “intento hablar lo que pasó lo menos posible”, “no te voy a decir lo que me dijo”.*

✓ ALUSIONES AL ACONTECIMIENTO NEGATIVO

[①Esta categoría **SOLO** se codificará para **NARRATIVAS NEUTRAS Y POSITIVAS**]

Expresiones que hacen referencia a la experiencia negativa y/ o sus consecuencias (situación de malos tratos en VP, otra experiencia negativa en CO) y/o a los sentimientos provocados por su recuerdo

Ej. *“llevo todo el día pensando en cómo me sentiré cuando recuerde lo que pasó”, “ese día fue muy feliz aunque ya por entonces me pegaba”, “en ese momento mi madre estaba aunque, como te he contado, murió poco después”, “hoy ha sido un día terrible porque estoy pendiente del juicio y no quiero volver a verle”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que reflejen una preocupación/nerviosismo por la tarea de evaluación en general (ej. *“no sabía cómo me iba a sentir contándote mis cosas”* NO se incluirá en esta categoría, aunque SÍ se incluirá *“no sabía cómo me iba a sentir hablándote del maltrato/de lo que me pasó”*).

DIMENSIONES

Se establecerán puntuaciones, dentro de una **escala de tipo Likert**, para valorar las dimensiones que se presentan a continuación.

TONO EMOCIONAL

[ REQUIERE ESCUCHAR LA NARRATIVA EN AUDIO]

Valoración general del modo en que se percibe el tono de voz a lo largo del relato, independientemente del contenido del mismo.

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

- *Totalmente positivo*: El tono expresa casi la totalidad o la totalidad del tiempo emociones positivas, tales como alegría o entusiasmo. Pueden aparecer risas.
- *Predominantemente positivo*: El tono emocional varía a lo largo del relato, aunque expresa más de la mitad del tiempo emociones positivas, o el tono es predominantemente neutral pero con una ligera tendencia hacia la transmisión de emociones positivas.
- *Neutro*: El tono que adopta la persona no refleja ninguna emoción perceptible de manera evidente. La narrativa se verbaliza de manera mecánica, muestra apatía o distanciamiento.
- *Predominantemente negativo*: El tono emocional varía a lo largo del relato, aunque expresa más de la mitad del tiempo emociones negativas, o el tono es predominantemente neutral pero con una ligera tendencia hacia la transmisión de emociones negativas.
- *Totalmente negativo*: El tono expresa casi la totalidad o la totalidad del tiempo emociones negativas, tales como tristeza, abatimiento o ira. Pueden aparecer llantos o sollozos.

VALENCIA EMOCIONAL

Valoración general de la valencia (positiva o negativa) del relato.

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

- *Totalmente positivo*: El relato contiene únicamente expresiones que reflejan la experimentación de emociones positivas. No se refiere ninguna emoción negativa.
- *Predominantemente positivo*: Aunque se incluyen expresiones que reflejan la experimentación de emociones negativas, la mayor parte de las expresiones emocionales (más de la mitad) aluden a emociones positivas.
- *Neutro*: El relato carece de contenido emocional (no contiene ninguna expresión que refiera emociones ni positivas o negativas) o contiene igual número de emociones positivas y negativas.
- *Predominantemente negativo*: Aunque se incluyen expresiones que reflejan la experimentación de emociones positivas, la mayor parte de las expresiones emocionales (más de la mitad) aluden a emociones negativas.
- *Totalmente negativo*: El relato contiene únicamente expresiones que reflejan la experimentación de emociones negativas. No se refiere ninguna emoción positiva.

RIQUEZA DE DETALLES

Valoración general del grado en que se describen las cualidades o características del escenario, objetos o personas. Se incluyen fundamentalmente adjetivos calificativos, marcas, materiales...

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

- *Ausencia de detalles*: No se introduce ningún detalle. La persona no refiere ninguna característica específica del contexto, objetos o personas.
- *Ligeramente detallado*: Se introducen un elemento descriptivo, aunque muy general (Ej. "el día era frío").
- *Con detalles*: Se introducen dos o más elementos descriptivos generales (Ej. "el día era frío", "él es muy alto", "cayó sobre la mesa de madera"), o al menos un elemento descriptivo muy específico (Ej. "sus manos eran grandes y ásperas" "llevaba unas zapatillas Adidas", "tenía un collar de cuentas azules", "la sala tenía algunos azulejos rotos").
- *Muy detallado*: Abundan los elementos descriptivos, generales y específicos.

***NOTA:** Esta dimensión se refiere fundamentalmente al uso de adjetivos para describir cualidades. NO se consideran en esta dimensión descripciones detalladas de hechos (ej. "me lavé los dientes, hice la cama, desayuné..." NO indican la presencia de detalles).

ORIENTACIÓN ESPACIAL

Valoración del grado en que el suceso relatado se enmarca en un contexto espacial determinado.

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

- *Ausencia de orientación espacial*: No se introduce ningún elemento que aluda al espacio. La persona no refiere en ningún momento el lugar donde se encontraba.
- *Ligeramente orientado*: Se introduce un elemento de orientación, aunque muy general (Ej. “estaba en la calle”).
- *Orientado espacialmente*: Se introducen dos o más elementos de orientación, aunque poco precisos (Ej. “estaba en la calle”, “cuando llegué a casa”) o uno muy específico (Ej. “estaba en el bar que lleva mi cuñado”).
- *Muy orientado*: Se introducen al menos dos elementos de orientación muy específicos (Ej. “en la calle Alcalá”, “en un parque pequeño que hay justo detrás de mi casa”).

ORIENTACIÓN TEMPORAL

Valoración del grado en que el suceso relatado se enmarca en un contexto temporal determinado.

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

- *Ausencia de orientación temporal*: No se introduce ningún elemento que aluda al momento en que acontecieron los hechos.
- *Ligeramente orientado*: Se introduce un elemento de orientación, aunque muy general (Ej. “hace 3 años”).
- *Orientado temporalmente*: Se introducen dos o más elementos de orientación, aunque poco precisos (Ej. “hace 3 años”, “era martes”) o uno muy específico (Ej. “el despertador sonó a las 8:30”).
- *Muy orientado*: Se introducen al menos dos elementos de orientación muy específicos (Ej. “fue el 18 de Marzo del año pasado”, “llegué a las 2:15 de la madrugada”).

COHERENCIA

[① GUIARSE FUNDAMENTALMENTE POR LA NARRATIVA EN AUDIO; EN CASO DE QUE LO REQUIERA SE VOLVERÁ A ESCUCHAR LA NARRATIVA]

Valoración del grado en que la persona relata los hechos de un modo claro, articulado y comprensible, conectando adecuadamente las distintas proposiciones.

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

- *Ausencia de coherencia*: El relato es absolutamente ininteligible o todas o casi todas las proposiciones aparecen desordenadas. La persona mezcla elementos, de manera que es difícil saber qué sucede primero y qué sucede después.
- *Ligeramente coherente*: Una gran parte del relato es ininteligible o inconexo, pero hay partes claras y fluidas. Se introducen saltos en el tiempo sin una intención narrativa y/o abundan expresiones sin finalizar.
- *Coherente*: El relato está adecuadamente expresado. La persona expone sus pensamientos de una manera ordenada y relata los hechos de manera secuencial, aunque en ocasiones salta de una idea a otra sin conectarlas o deja expresiones sin finalizar.
- *Muy coherente*: El relato está perfectamente expresado y es fluido. Se delimita claramente el inicio, clímax y desenlace. Las proposiciones están conectadas, de manera que no se produce ninguna o prácticamente ninguna expresión inconexa u oración inacabada.

ESPECIFICIDAD

Valoración del grado en que el relato se refiere a uno o varios episodios concretos o a un periodo vital más a amplio.

0	1	2	3
Extendido	Categorico	Distintos específicos	Uno específico

- *Extendido*: La persona refiere un periodo extenso, que dura más de un día (ej. situación general de malos tratos, enfermedad crónica de un familiar, la infancia,...), sin centrarse en ninguna situación concreta.
- *Categorico*: Se relatan acciones que se repiten o categorías de eventos similares, sin hacer referencia a ninguna situación concreta (ej. las vacaciones de verano, el nacimiento de los hijos, sacar a pasear al perro, situaciones repetidas de malos tratos,...).
- *Distintos específicos*: Se detallan dos o más episodios específicos (*ver definición de específico) (ej. se relata el nacimiento de cada uno de los hijos, se relatan dos o más situaciones concretas de malos tratos).
- *Uno específico*: Se relata un único episodio concreto, que se enmarca en un contexto delimitado y que puede durar de unos segundos a unas horas, pero siempre menos de un día (ej. un examen, una celebración, un parto, una discusión,...). La persona puede referir lo sucedido en otro momento siempre y cuando sirva de utilidad para explicar el contexto en el que se produjo el episodio relatado, o puede referirse a las consecuencias del mismo (ej. puede relatar cómo se siente en la actualidad en relación a lo sucedido o cómo está elaborando o afrontando su situación).

ANEXO III. SISTEMA DE CODIFICACIÓN Y EVALUACIÓN PARA NARRATIVAS DEL TRAUMA (CASNOT)

III.II. HOJAS DE CODIFICACIÓN

HOJAS DE CODIFICACIÓN

CODIFICADOR/A: _____

SECUENCIA:

+/	-/+
----	-----

CÓDIGO DE LA PARTICIPANTE: _____

FECHA: _____

RELATO NEUTRO (0)

-CATEGORÍAS-

SECCIÓN	CATEGORÍA	PRESENTE	AUSENTE
Procesos emocionales	Tristeza	1	0
	Miedo	1	0
	Culpa	1	0
	Humillación o vergüenza	1	0
	Ira hacia una misma	1	0
	Ira hacia el exterior	1	0
	Otras emociones negativas	1	0
	Emociones positivas	1	0
	Asombro/sorpresa	1	0
	Empatía/preocupación hacia otro/s	1	0
Estados corporales y síntomas	Ansiedad	1	0
	Estados corporales	1	0
	Experiencias disociativas	1	0
Procesos sensoriales/ perceptuales	Percepción visual	1	0
	Percepción auditiva	1	0
	Otras sensaciones	1	0
Procesos cognitivos	Falta de control/Indefensión	1	0
	Control/Planificación	1	0
	Insight	1	0
	Racionalización/Elaboración	1	0
Referencias a otros	Apoyo social	1	0
	Falta de apoyo social	1	0
Autoevaluación	Autoevaluación negativa	1	0
	Autoevaluación positiva	1	0
Significado	Espiritualidad	1	0
	Significado	1	0
Integración	Impacto	1	0
Consistencia en el recuerdo	Incertidumbre	1	0
	Certidumbre	1	0
Otros aspectos	Amenazas para la integridad física o la vida	1	0
	Otras referencias a la muerte	1	0
	Escapes/evitación	1	0
	Alusiones al acontecimiento negativo	1	0

RELATO NEUTRO (0)**-DIMENSIONES-****Tono emocional**

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

Valencia emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

Riqueza de detalles

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

Orientación espacial

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

Orientación temporal

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

Coherencia

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

Especificidad

0	1	2	3
Extendido	Catagórico	Distintos específicos	Uno específico

Asegúrese de que ha marcado una casilla para cada categoría y dimensión

RELATO POSITIVO (+)**-CATEGORÍAS-**

SECCIÓN	CATEGORÍA	PRESENTE	AUSENTE
Procesos emocionales	Tristeza	1	0
	Miedo	1	0
	Culpa	1	0
	Humillación o vergüenza	1	0
	Ira hacia una misma	1	0
	Ira hacia el exterior	1	0
	Otras emociones negativas	1	0
	Emociones positivas	1	0
	Asombro/sorpresa	1	0
	Empatía/preocupación hacia otro/s	1	0
Estados corporales y síntomas	Ansiedad	1	0
	Estados corporales	1	0
	Experiencias disociativas	1	0
Procesos sensoriales/ perceptuales	Percepción visual	1	0
	Percepción auditiva	1	0
	Otras sensaciones	1	0
Procesos cognitivos	Falta de control/Indefensión	1	0
	Control/Planificación	1	0
	Insight	1	0
	Racionalización/Elaboración	1	0
Referencias a otros	Apoyo social	1	0
	Falta de apoyo social	1	0
Autoevaluación	Autoevaluación negativa	1	0
	Autoevaluación positiva	1	0
Significado	Espiritualidad	1	0
	Significado	1	0
Integración	Impacto	1	0
Consistencia en el recuerdo	Incertidumbre	1	0
	Certidumbre	1	0
Otros aspectos	Amenazas para la integridad física o la vida	1	0
	Otras referencias a la muerte	1	0
	Escapes/evitación	1	0
	Alusiones al acontecimiento negativo	1	0

RELATO POSITIVO (+)**-DIMENSIONES-****Tono emocional**

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

Valencia emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

Riqueza de detalles

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

Orientación espacial

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

Orientación temporal

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

Coherencia

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

Especificidad

0	1	2	3
Extendido	Catagórico	Distintos específicos	Uno específico

Asegúrese de que ha marcado una casilla para cada categoría y dimensión

RELATO NEGATIVO (-)**-CATEGORÍAS -**

SECCIÓN	CATEGORÍA	PRESENTE	AUSENTE
Procesos emocionales	Tristeza	1	0
	Miedo	1	0
	Culpa	1	0
	Humillación o vergüenza	1	0
	Ira hacia una misma	1	0
	Ira hacia el exterior	1	0
	Otras emociones negativas	1	0
	Emociones positivas	1	0
	Asombro/sorpresa	1	0
	Empatía/preocupación hacia el agresor	1	0
	Empatía/preocupación hacia otro/s	1	0
Estados corporales y síntomas	Ansiedad	1	0
	Estados corporales	1	0
	Experiencias disociativas	1	0
Procesos sensoriales/ perceptuales	Percepción visual	1	0
	Percepción auditiva	1	0
	Otras sensaciones	1	0
Procesos cognitivos	Falta de control/Indefensión	1	0
	Control/Planificación	1	0
	Insight	1	0
	Racionalización/Elaboración	1	0
Referencias a otros	Apoyo social	1	0
	Falta de apoyo social	1	0
Autoevaluación	Autoevaluación negativa	1	0
	Autoevaluación positiva	1	0
Significado	Espiritualidad	1	0
	Significado	1	0
Integración	Impacto	1	0
Superación	Superación/Esperanza	1	0
	Perdón	1	0
Consistencia en el recuerdo	Incertidumbre	1	0
	Certidumbre	1	0
Otros aspectos	Amenazas para la integridad física o la vida	1	0
	Otras referencias a la muerte	1	0
	Escapes/evitación	1	0

RELATO NEGATIVO (-)**-DIMENSIONES-****Tono emocional**

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

Valencia emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

Riqueza de detalles

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

Orientación espacial

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

Orientación temporal

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

Coherencia

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

Especificidad

0	1	2	3
Extendido	Catagórico	Distintos específicos	Uno específico

Asegúrese de que ha marcado una casilla para cada categoría y dimensión
